

**UNIVERZITA KARLOVA**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Naplňování psychosociálních potřeb pacientů léčebny dlouhodobě  
nemocných Fakultní nemocnice Královské Vinohrady**

**Satisfying long-term care patients' psychosocial needs in Královské  
Vinohrady Faculty Hospital.**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph.D.

Autor:

Bc. Barbora Housková

Praha 2017

### **Poděkování**

Velice děkuji MUDr. Jiřině Ondrušové, PhD. za vedení této diplomové práce, pomoc, cenné rady a odborný dohled. Dobrovolníkům FNKV patří mé poděkování za ochotu podělit se o své zkušenosti. Děkuji také PhDr. Martině Krynské, PhD. za to, že mě seznámila s oblastí dobrovolnictví.

**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „Naplnění psychosociálních potřeb pacientů hospitalizovaných v léčebně dlouhodobě nemocných Fakultní nemocnice Královské Vinohrady“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Barbora Housková

## **Anotace**

Cílem diplomové práce je zmapování subjektivního pohledu dobrovolníků na psychosociální potřeby pacientů v Léčebně dlouhodobě nemocných Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Práce se nejprve zaměřuje na charakteristiku pacientů hospitalizovaných v LDN. Následně se zabývá jejich potřebami v psychické a sociální oblasti a subjekty, které hrají roli v naplňování těchto potřeb. Průzkumné šetření identifikuje oblasti, ve kterých dobrovolníci doplňují práci zdravotně sociálních pracovníků a ošetřujícího personálu. Při vyhodnocování jsou výsledky rozhovorů s dobrovolníky srovnány s názory samotných pacientů.

## **Annotation**

The aim of the diploma thesis is to map out the subjective view of volunteers on the psychosocial needs of patients at the Long-term care department in the Královské Vinohrady Faculty Hospital. The work first focuses on the characteristics of patients in a long-term treatment. It also provides the overview of their psychological and social needs and about those who play a role in meeting these needs. The reconnaissance survey identifies areas where volunteers complement the work of social workers and care staff. In the evaluation, the results of the interviews with volunteers are compared with the opinions of the patients themselves.

## **Klíčová slova**

psychosociální potřeby, saturace potřeb, Léčebna dlouhodobě nemocných, senior, dobrovolnictví, zdravotně sociální pracovník

## **Keywords**

Psychosocial Needs, Senior, Saturatuion of Needs, Long-term Care Department, Volunteerism, Social worker

# Obsah

Obsah .....	5
Seznam zkratk .....	7
Úvod.....	8
1 Charakteristika pacienta léčebny dlouhodobě nemocných .....	10
1.1 Léčebna dlouhodobě nemocných.....	11
1.2 Geriatrický pacient.....	12
1.3 Funkční geriatrické vyšetření.....	14
1.4 Psychosociální rizika u hospitalizovaných seniorů .....	16
1.4.1 Ohrožení autonomie .....	17
1.4.2 Ztráta soběstačnosti.....	17
1.4.3 Ztráta smyslu života – existenciální frustrace .....	18
1.4.4 Negativní emoce.....	18
1.4.5 Osamocenosť .....	18
1.4.6 Soukromí a intimita.....	19
1.4.7 Konfrontace s vlastní smrtelností.....	19
2 Psychosociální potřeby pacientů léčebny dlouhodobě nemocných .....	20
2.1 Systematizace potřeb u nemocných osob.....	21
2.1.1 Dům životních potřeb dle Chloubové .....	22
2.1.2 Coveyova teorie .....	23
2.1.3 Potřeby u nevléčitelně nemocných pacientů dle McIlmurraye a kol. ....	24
2.2 Nejvýznamnější psychosociální potřeby nemocných hospitalizovaných v nemocnici ....	25
2.3 Zjišťování potřeb pacientů – dotazník PNAP .....	26
2.4 Naplnění potřeb pacientů .....	29
3 Subjekty v psychosociální podpoře pacientů .....	30
3.1 Sociální pracovníci.....	30
3.1.1 Legislativní vymezení pracovní činnosti sociálních pracovníků ve zdravotnickém zařízení 31	
3.1.2 Role sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních .....	33
3.2 Dobrovolníci .....	34
3.2.1 Přínos dobrovolnického programu v nemocnici .....	37
3.2.2 Dobrovolnický program ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady .....	38
3.2.3 Motivace k dobrovolnictví .....	43
3.3 Ošetřující personál .....	45
3.4 Návštěvy příbuzných a přátel.....	45
4 Přínos dobrovolníků při naplňování potřeb pacientů na LDN – výzkumné šetření .....	47

4.1	Cíl výzkumného šetření.....	47
4.2	Metodika průzkumného šetření.....	48
4.3	Zvolená metoda průzkumného šetření .....	48
4.4	Realizace průzkumného šetření.....	48
4.5	Charakteristika souboru respondentů .....	49
4.6	Metodika zpracování dat.....	50
5	Výsledky a jejich analýza.....	51
5.1	Potřeby pacientů a jejich naplňování .....	52
5.1.1	Přínos dobrovolníků z jejich vlastního pohledu.....	52
5.1.2	Přínos dobrovolníků z pohledu pacientek .....	53
5.1.3	Shrnutí dílčího tématu – přínos dobrovolníků.....	54
5.2	Náplň dobrovolnické činnosti .....	55
5.2.1	Náplň činnosti z pohledu dobrovolníků .....	55
5.2.2	Pravidelné a jednorázové aktivity dobrovolníků.....	59
5.2.3	Náplň dobrovolnické návštěvy z pohledu pacientů.....	60
5.2.4	Shrnutí dílčího tématu – náplň dobrovolnické činnosti.....	61
5.3	Motivace dobrovolníků .....	62
5.3.1	Primární motivace, přínos pro dobrovolníky .....	62
5.3.2	Shrnutí dílčího tématu – motivace dobrovolníků.....	65
	Závěr .....	71
	Seznam použité literatury.....	73
	Seznam příloh .....	79

## Seznam zkratk

FNKV –	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
LDN –	Léčebna dlouhodobě nemocných
DP –	Dobrovolnický program
ZSP –	Zdravotně sociální pracovník
PNAP –	Dotazník pro hodnocení potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči (Patient Needs Assessment in Palliative care)

## Úvod

Lidé se v dnešní společnosti dožívají stále vyššího věku. Důvody jsou různé – zdravější životní styl, příznivější ekonomické podmínky i stále se rozšiřující možnosti současné medicíny. Seniorská populace se liší v mnoha různých aspektech a představuje velice různorodou skupinu ve společnosti. Mají různý věk, zdravotní a funkční stav, nejrůznější sociální zázemí, životní zkušenosti, ekonomické podmínky či hodnotový systém. Z toho jasně pramení i to, že si každý přeje něco jiného, mají jinak nastaveny priority a stejně tak se i liší jejich potřeby (Kalvach a kol., 2006). Obecně dnešní seniorskou populaci charakterizuje její heterogenita a převaha žen. Dragomírecká (2007) uvádí, že se stářím je typicky spojeno ukončení profesní dráhy, zhoršování zdravotního stavu i finanční situace, ubývání sil a s tím související změna životního stylu, zpomalení psychomotorického tempa a v neposlední řadě ztráta životního partnera. Samozřejmě existuje velké množství zdravých a aktivních seniorů, ti však nejsou předmětem mého průzkumného šetření. Ve své práci se soustředím na ty seniory, kteří jsou pro svůj zdravotní stav hospitalizováni v léčebně dlouhodobě nemocných (dále jen LDN).

Diplomová práce je zaměřena na potřeby pacientů, kteří jsou hospitalizováni v LDN. V první kapitole tyto pacienty charakterizují, definují pojem LDN a vyjmenují hlavní psychosociální rizika spojená s dlouhodobým pobytem ve zdravotnickém zařízení. V druhé kapitole se budu soustředit přímo na psychosociální potřeby pacientů s příklady systematizace potřeb. Třetí kapitola teoretické části bude pojednávat o subjektech, které při naplňování psychosociálních potřeb hrají roli. Vzhledem k cíli průzkumného šetření, který specifikuji níže, se o ošetřujícím personálu i rodinných příslušnících zmíním stručně. Soustředím se budu hlavně na dvě, pro tuto práci stěžejní, skupiny: sociální pracovníky ve zdravotnickém zařízení a dobrovolníky.

Při komplexní péči o pacienty je nutná dobrá spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu. Ten tvoří zdravotní profesionálové, ošetřovatelé, zdravotně sociální pracovníci, psychologové i duchovní (Kuzníková a kol., 2011, s. 24). Pacienti hospitalizováni v Léčebně dlouhodobě nemocných jsou jednou z cílových skupin pro práci zdravotně sociálních pracovníků v nemocnici. „*Úkolem sociální práce je využít vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu*“ (Kuzníková, 2011, s. 18). Jejich pracovní náplní je mimo jiné saturace



psychosociálních potřeb pacientů. Ty má každý jedinec individuální a k jejich zmapování je potřeba dostatek času.

V dnešní době se, hlavně v západním světě, velmi rychle rozvíjí dobrovolnictví. Dobrovolníci docházejí za nejrůznějšími cílovými skupinami lidí, mimo jiné právě i za hospitalizovanými pacienty ve zdravotnických zařízeních. Oddělení LDN ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady navštěvují pravidelní a speciálně vyškolení dobrovolníci, kteří za pacienty přicházejí ve svém volném čase bez nároku na finanční ohodnocení. Dobrovolníci jsou laici, což znamená, že nepatří ke zdravotnickému personálu a nejsou ani sociálními pracovníky. Soustředí se především na lidský kontakt. Jejich cílem je popovídat si s pacienty a zajímat se o ně jako o lidské bytosti, ne o jejich zdravotní stav nebo sociální anamnézu. Na oddělení hrají naprosto jedinečnou roli, protože se primárně zaměřují na „to zdravé“, tedy na to, co pacienti mohou, co mají rádi, co je baví. Při těchto rozhovorech se jim často mohou pacienti se svými potřebami svěřovat. Osobně pracuji více než tři roky jako koordinátorka dobrovolníků ve FNKV a v dobrovolnické činnosti vidím veliký smysl i potenciál, který chci co nejvíce rozvíjet. Podle mého názoru by měli být dobrovolníci bráni jako součást multidisciplinárního týmu, který pečuje o pacienty.

Hlavním cílem průzkumného šetření je ověřit jaké psychosociální potřeby pacientů vnímají dobrovolníci při svých návštěvách a jakou roli oni sami hrají v jejich naplňování. Důležitým nástrojem zjišťování potřeb pacientů je rozhovor, což je hlavní náplň činnosti dobrovolníků. Díky tomu, že s pacienty hovoří, mohou o jejich potřebách získat mnoho informací. V průzkumném šetření v rámci této diplomové práce budu zjišťovat názor dobrovolníků, kteří působí na LDN ve FNKV, na psychosociální potřeby pacientů, a to prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Toto šetření navíc srovnám s názory pacientek LDN, uvedenými v interní Evaluaci Dobrovolnického programu z roku 2015. Zmapuji roli dobrovolníků na oddělení a vliv, který na pacienty jejich návštěvy mají. K dílčím cílům patří zjistit, jestli mají sami dobrovolníci nápady, v jakých oblastech by se jejich činnost mohla zlepšovat a jaké další aktivity by na odděleních mohli realizovat. Chci také zmapovat, s jakými těžkostmi se v roli dobrovolníků setkávají. Dalším dílčím cílem průzkumu je definovat motivaci dobrovolníků k jejich činnosti, což mi jakožto jejich koordinátorce pomůže jak v přímé práci s nimi, tak při školení nových zájemců o dobrovolnictví. Výsledky mi také mohou pomoci lépe propagovat smysluplnost pomoci druhým lidem v rámci široké veřejnosti a směřovat tak její členy k proaktivnímu občanství.

# 1 Charakteristika pacienta léčebny dlouhodobě nemocných

S vyšším věkem se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění, kvůli kterému se může stát, že člověk již nadále nebude schopen vést sám plnohodnotný život. Kvalitní a dostupná sociální péče se tak stává velice důležitou. Věk sám o sobě samozřejmě není příčinou nebo vysvětlením tělesných nebo duševních onemocnění. Je však všeobecně uznáváno, že se některé funkce, jako například zrak a sluch, s věkem zhoršují. Lidem ve starším věku také obvykle trvá delší dobu, než se po různých nemocech a úrazech zotaví. Pokud zdravotní stav pacienta vyžaduje hospitalizaci, je nutné, aby ve zdravotnickém zařízení zůstal až do stavu, kdy se bude moci sám bezpečně vrátit do svého domova, nebo bude nalezeno jiné vyhovující řešení (Evropská charta práv pacientů seniorů, 1997).

Holmerová a kol. (2014, s. 52) udává, že v ČR až 80% péče o nesoběstačné jedince vyššího věku zajišťuje rodina. V případě akutního stavu, který nelze v domácím prostředí zvládnout, se senior dostává do zdravotnického zařízení. Ve zdravotnických zařízeních je poskytována lůžková péče akutní standardní, akutní intenzivní, následná a dlouhodobá. Zákon o zdravotních službách č. 147/ 2016 Sb. definuje lůžkovou péči jako „*zdravotní péči, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Lůžková péče musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu*“ (Paragraf 9). Akutní lůžková péče je poskytována pacientům s náhlým onemocněním. Pacientům následné lůžkové péče byla stanovena základní diagnóza a jejich zdravotní stav je stabilizovaný, ale vyžaduje doléčení nebo poskytnutí léčebně rehabilitační péče. Dlouhodobá lůžková péče je poskytována pacientům, jejichž zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje (Zákon č. 147/2016, paragraf 9).

Následná a dlouhodobá péče je zajišťována v nemocnicích, rehabilitačních zařízeních a léčebnách dlouhodobě nemocných. „*Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se mohou ve zdravotnických zařízeních ústavní péče poskytovat pobytové sociální služby pacientům, kteří již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopni se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby, nemohou proto být propuštěni ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou či jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních či ambulantních sociálních služeb a pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb*“ (Holmerová a kol., 2014, s. 53).

Člověk pobývající v nemocnici se ocitá v situaci, která je velmi vzdálena té, na kterou je zvyklý. Nemoc je něco, co nechce mít, zdravotnické zařízení je místo, kde nechce být, nejruznější léčebné procedury jsou něco, čím nutně nemusí chtít procházet a nemůže dělat vše, na co je zvyklý, ani se chovat zcela přirozeně (Křivohlavý, 2002).

Pobytem v nemocnici může být ohroženo sociální fungování jedinců. Sociální fungování je dle Carltona „*Schopnost lidí provádět úkony denního života a angažovat se ve vztazích k jiným lidem způsobem, který je uspokojivý jak pro ně samé, tak pro druhé a odpovídá potřebám organizované komunity* (in Navrátil, 2001, s. 185) V této souvislosti Kubalčíková (2006) charakterizuje překážky pro sociální fungování pacientů. Tyto dysfunkce je potřeba mít na zřeteli, protože se u každého jedince mohou projevovat s různou intenzitou. Mohou rovněž vyvolat deficit odlišného typu, nebo dokonce celého souboru potřeb. Dysfunkce mohou vznikat z důvodu:

- dysfunkce biologické složky
- dysfunkce psychické složky
- dysfunkce sociální složky
- Kombinace těchto jednotlivých složek funkčního potenciálu
- dysfunkce všech složek současně

## **1.1 Léčebna dlouhodobě nemocných**

Léčebny dlouhodobě nemocných (dále jen LDN) jsou specializovaná oddělení nemocnic. Gruberová (1998) je charakterizuje jako specializované zdravotnické zařízení pro léčení nemocných se stanovenou diagnózou a potřebou dlouhodobé péče a rehabilitace.

Šourková definuje LDN jako „*zdravotnická zařízení oboru geriatric pro dlouhodobé léčení nemocných se stanovenou diagnózou a dlouhodobým léčebným plánem. Indikací jsou všechny chorobné stavy, u nichž nejsou pacienti tělesně nebo duševně soběstační a potřebují z toho důvodu ústavní péči, tj. pravidelnou lékařskou kontrolu, ošetrovatelskou a základní rehabilitační péči* (Šourková, 2005 in Kaňovská, 2008). “

Matoušek (2003) za hlavní cíl následné péče považuje udržení a podporu žádoucích změn, ke kterým došlo v průběhu intenzivní péče. Po omezenou dobu se pacientům poskytuje pomoc zejména v existenčním zázemí, případně v tom, co sami nezvládají a o co požádají. Klientům se totiž ponechává maximální odpovědnost za vlastní život.

Zavázalová (2001) uvádí, že v dlouhodobé péči převládá péče ošetrovatelská, rehabilitační a paliativní<sup>1</sup>. Jako její hlavní cíl vidí stabilizování zdravotního stavu nemocného a omezení následků onemocnění a jejich vlivu na kvalitu života v co největší možné míře. Zdravotní péče by měla být kontinuální, aktivní, soustavná, diferencovaná a komplexní s vysokým podílem sociální péče. Podtrhuje důležitost sociální péče o starší občany, neboť zdravotní problémy jsou často doprovázeny i problémy sociálními.

## 1.2 Geriatrický pacient

*„Medicina neumí zabránit stárnutí, ale může zabezpečit důstojnost stáří a jeho kvalitu. Poslední týdny života mohou být prožity bez fyzické bolesti, v relativním fyzickém a psychickém komfortu. To by mělo být jednou z hlavních rolí geriatric“* (Holmerová a kol., 2014. s. 55).

Stáří je pojem, který je obtížné jednoznačně vymezit. Světová zdravotnická organizace (World Health Organization) preferuje rozdělení stáří na patnáctileté věkové kategorie: věk 60-74 let označuje jako vyšší (starší) věk či rané stáří, věk 75-89 let nazývá pokročilým či stařeckým věkem, vlastním stářím, případně seniem a věk nad 90 let považuje za dlouhověkost. Někdy se místo označení stáří používá výraz „třetí věk“, kdy prvním věkem je myšleno dětství a druhým dospělost. S tímto označením se setkáváme například ve spojení - univerzita 3. věku (Gruberová, B., 1999). Kalvach (2004) dále člení seniory do tří skupin dle funkční zdatnosti, rizikovosti a dle potřeby zdravotnickým služeb. První skupinou jsou tzv. „zdatní senioři“, kteří by měli být podrobováni preventivním prohlídkám, ale geriatrickou péči jako takovou nepotřebují. Skupinu, kterou tvoří senioři, kteří za normálních okolností nepotřebují pečovatelskou ani ošetrovatelskou péči nazývá „nezávislí senioři“. Poslední skupinou jsou tzv. „křehcí senioři“, které jsou podrobněji popsáni v následujícím odstavci. Právě pacienti spadající do třetí skupiny většinou využívají zdravotnické a sociální služby. Péče je tedy meziresortní. V léčebnách dlouhodobě nemocných se setkáváme se seniory zcela závislými na péči.

Kalvach (2004) rovněž uvádí, že nejpočetnější skupinou v klientele dlouhodobé péče jsou staří lidé. Někteří mají specifické zdravotní postižení v důsledku chorob, které vznikly buď ve stáří, nebo trvají již od mladšího věku. U části pacientů také dochází k poklesu zdraví

---

<sup>1</sup> WHO definuje paliativní péči jako přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, a to prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží (Bužgová, 2015).

s funkčními deficity a se ztrátou soběstačnosti bez vazby na konkrétní choroby. To může být způsobeno geriatrickou křehkostí a multifunkčními geriatrickými syndromy, které vyžadují komplexní diagnostiku. Autor dále definuje tzv. geriatrickou křehkost (frailty), která je „klinickou manifestací, symptomatickou formou nízké úrovně potenciálu zdraví, která negativně interferuje se subjektivní pohodou, obvyklými sociálními rolemi, běžnými aktivitami denního života, souhrnně s kvalitou života, svébytností a soběstačností daného člověka.“ (Kalvach, 2014, str. 31). Tým kanadských vědců v čele s Rockwoodem označil křehkost jako mnohorozměrný pojem, kvůli kterému tito senioři potřebují dlouhodobou institucionální nebo komunitní péči. (Hudáková, 2013)

Na stavu pacienta se podílejí biologické a neurobiologické aspekty, psychické, sociální a spirituální faktory i faktory prostředí. Kalvach (2004) píše o tzv. gerontologickém přístupu ke zdraví a jeho podpoře, které vychází z toho, že každý člověk (i ten, který je chronicky nemocný, křehký, či nesoběstačný) je schopen se uzdravit ze život komplikující nemoci, díky zlepšení adaptace se může cítit lépe, či díky různým kompenzačním pomůckám může znovu nabýt soběstačnost. Cílem geriatric je tudíž zvýšit možnosti starého pacienta a díky včasnému rozpoznání onemocnění (akutních i chronických) a jejich léčbě uchovat jeho zdraví.

Evropská charta práv a povinností starších osob vyžadujících dlouhodobou péči a pomoc uvádí, že i v případě, že se člověk stává závislým na péči a pomoci jiných osob, zachovává si samozřejmě nezpochybnitelné právo na respekt vůči lidské důstojnosti, fyzickému a duševnímu zdraví, svobodě a bezpečnosti. Bez ohledu na věk mají lidé právo na respektování a ochranu fyzické, sexuální, duševní, finanční a materiální pohody. Stejně tak mají geriatrictí pacienti právo na svobodnou vůli, kdy toto právo lze převést na zmocněnce, kterého si sami zvolí. (Evropská charta práv a povinností starších osob vyžadujících dlouhodobou péči a pomoc)

*„Hlavní zdravotní riziko z funkčního hlediska ve stáří představují projevy a komplikace aterosklerózy, degenerativních onemocnění mozku, osteoartrózy, smyslového postižení, deprese, malnutrice<sup>2</sup> a dekonidice“* (Hudáková, 2013, str. 22). Podle Németh a kol. (2011) se pacienti v seniorském věku vyrovnávají s mnohými závažnými problémy. *„Převládají komplikace léčby, dietní zvyklosti, dehydratace, nosokominální nákazy, psychosociální trauma, fyzické trauma, pobyt na lůžku, diagnostická rizika, sklon ke*

---

<sup>2</sup> podvýživa, která vzniká nejen z nedostatku potravin, ale také v důsledku nevyvážené stravy (Haškovcová, 2012)

*komplikacím, deprese, relokační syndrom a geriatrický maladaptivní syndrom“ (Hudáková, 2013, s. 61).*

Určitý stupeň závislosti na pomoci druhých, který je dán funkčním omezením, pocítují dle Topinkové pacienti mnohem hůře, než chorobu toto omezení způsobující. Obtíže, které mají čistě zdravotní charakter, se tak prolínají s problémy psychosociálními (Topinková, Neuwirth, 2012).

Holmerová a kol. (2013, str. 114) uvádí, že mezi *„nejčastější příčiny zhoršení zdravotního stavu a hospitalizace geriatrických pacientů patří nežádoucí účinky léků a následky nesprávné preskripce.“*

Geriatrického pacienta definuje Holmerová jako staršího pacienta (zpravidla ve věku 70 a více let), jehož *„onemocnění je komplikováno dalšími významnými komorbiditami ovlivňujícími diagnostický proces, terapii i rehabilitaci“* (Holmerová a kol., 2007, str. 27). Takový pacient je ohrožen různými geriatrickými komplikacemi, jakými jsou například malnutrice nebo imobilita, ale také zhoršením, nebo ztrátou soběstačnosti a vyžaduje specifický přístup.

U seniorů se také můžeme setkat s typickými psychiatrickými onemocněními, která se označují jako „4D“. *„Ve stáří přibývá deprese, typickou psychickou nemocí stáří je demence, akutní neuropsychickou komplikací somatických chorob, ale i psychického traumatu u seniorů může být delirium a ve stáří časté jsou psychické poruchy navozené léky“* (Ondrušová, 2011, s. 34). Psychickými poruchami se zabývá vědní obor gerontopsychiatrie.

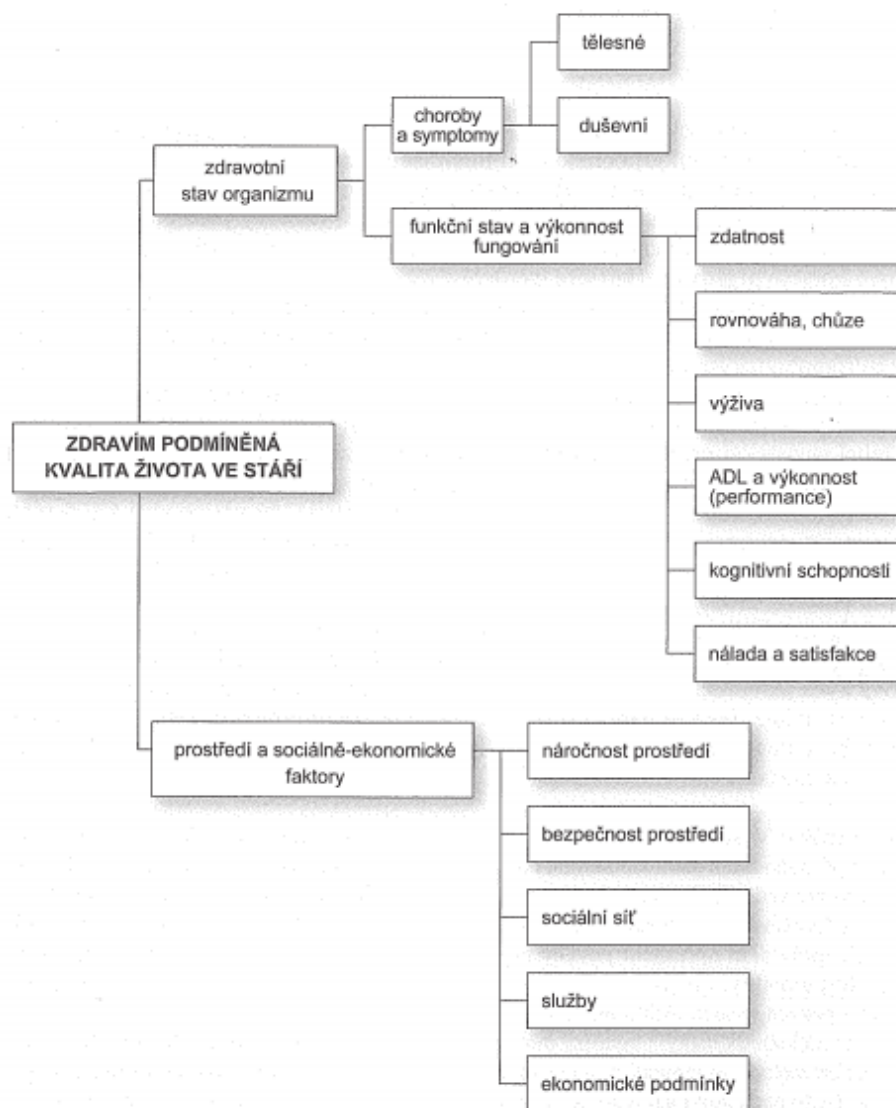
### **1.3 Funkční geriatrické vyšetření**

Funkční geriatrické vyšetření (FGV) je také známo pod názvem komplexní geriatrické hodnocení (comprehensive geriatric assesment – CGA). Jedná se o vícerozměrnou metodu, která hodnotí nejen zdravotní stav, ale také psychosociální problémy a celkové funkční schopnosti (Topinková, 2012). Jeho cílem je vypracování celkového plánu pro léčbu geriatrických pacientů. Kalvach uvádí, že svým způsobem představuje myšlenkové i pracovní jádro geriatrické medicíny. Toto vyšetření se využívá především v zahraničí jako nástroj pro hodnocení kvality geriatrické péče. Díky němu je péče kvalitnější, komplexnější a individuálnější a také z něj lze získat informace o vynaložených zdrojích. Topinková s Neurwithem uvádějí, že význam FGV pro pacienta spočívá ve *„zpřesnění diagnózy, zlepšení léčebných výsledků, objektivním posouzení potřeby péče a služeb, sledování vývoje*

*funkčního stavu, zlepšení spolupráce a motivace pacienta a jeho lékaře a zlepšení kvality života“ (Topinková, Neuwirth, 2002, str. 19).*

Graficky je tento systém velmi přehledně zpracovaný v obrázku „Komplexní grafické hodnocení z hlediska zdravím podmíněné kvality života ve stáří“, který je uveden v knize Z. Kalvacha (2008) s názvem Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Tento obraz je převzatý od průkopníka konceptu CGA - L. Z. Rubensteina.

Kvalitu života ve stáří a celkovou spokojenost výrazně ovlivňují faktory, jako je zdraví, sociální prostředí, mezilidské vztahy, životní styl, hmotné zabezpečení, aktivita, zdravotní péče a sociální služby (Ondrušová, 2009)



Obrázek 1. Komplexní grafické hodnocení z hlediska zdravím podmíněné kvality života ve stáří, zdroj: Kalvach, 2008

## 1.4 Psychosociální rizika u hospitalizovaných seniorů

Hospitalizace, neboli umístění a léčení pacienta v nemocnici, je obvykle pro pacienty zážitkem nového druhu, při kterém se mnohé mění. Lidé se ocitají v situaci, ve které se musí přizpůsobit novému životnímu rytmu podléhajícímu harmonogramu nemocničního oddělení, mění se jeho sociální interakce, zájmy, z individuálního jedince se stává „jeden z pacientů“. Změny vyvolané hospitalizací v nemocnici uvádí následující tabulka, která je převzata z knihy Psychologie nemoci od profesora Křivohlavého.

Tabulka 1. Porovnání psychické situace zdravého a nemocného člověka. Zdroj: Křivohlavý, 2002

Ve stavu zdraví	V době nemoci
Aktivita: Zdravý člověk je hlavním aktérem ve svém životě	Pasivita: Pacient, a zvláště nemocniční pacient, je předmětem péče mnohých lidí – lékařů, zdravotních sester, dalšího odborného personálu, pomocného personálu atp. Ti jsou nyní hlavními aktéry v jeho životě – ne on
Relativní nezávislost: Zdravý člověk si může do určité míry dělat, co chce – není na druhých lidech příliš závislý	Závislost na druhých lidech: Pacient nemůže dělat, co by sám chtěl, ale musí dělat, co mu druhí lidé určí – a musí to udělat tak, jak mu to oni určují.
Životní rytmus: Zdravý člověk si svůj vlastní životní rytmus do značné míry určuje (stanoví) sám. Má ho zažitý, zvykl si na něj a cítí se v něm poměrně dobře.	Životní rytmus: Pacient je postaven do situace odlišné od té, na kterou je zvyklý. Není zvyklý na životní rytmus, který je mu předkládán v nemocnici, nemá ho zažitý. V mnohém se mu zdá nepřírozený
Sebedůvěra: Zdravý člověk podává ve svém životě poměrně dobrý výkon v činnostech, které ovládá, pro které má předpoklady (znalosti a dovednosti). To mu dává značnou sebedůvěru a kladné sebehodnocení	Pacient musí dělat činnosti, jež neumí a neovládá. To snižuje jeho sebedůvěru a jeho sebehodnocení (devalvuje to jeho sebedůvěru)
Sociální interakce: Zdravý člověk žije v tzv. Sociální síti své vlastní rodiny, mezi přáteli, známými, spolupracovníky atp., které dobře zná	Pacient je v relativní sociální izolaci v nemocničním prostředí. Stýká se zde s poměrně neznámými lidmi, zatímco kontakt se známými lidmi je mu značně omezen.
Životní prostředí: Zdravý člověk se pohybuje v dobře známém prostředí domova, pracoviště, společnosti atp.	Pacient je v nemocnici uzavřen do poměrně neznámého prostředí, kde je vše cizí, nové, ne tak běžné, jako bylo doma.
Zájmy: Zdravý člověk má poměrně stabilizovaný rozsah svých vlastních, životním během ovlivněných zájmů – o práci, společenské dění atp.	Okruh zájmů pacienta se v době nemoci a zvláště v nemocnici podstatně zužuje – především s ohledem na zdravotní stav a jeho změny.
Zvládání problémů: Zdravý člověk poměrně zvládal problémy, které mu život stavěl do cesty. Věděl, oč jde. Věděl, jak reagovat na otázky,	Pacient svému fyzickému i psychickému stavu moc nerozumí, ztrácí nad ním vládu a neví si s ním často rady (neví, co se s ním děje).



které mu byly kladeny.	
Emoce: V životě dosud zdravého člověka převládaly relativně kladné emoce – radost a štěstí ze smysluplného života, tj. dění, jehož smysluplnost do značné míry pacient chápal. Měl v životě určitou míru životní jistoty a naděje do budoucnosti.	Emocionální stav pacienta charakterizuje v první řadě celý soubor negativních citů – strach a obavy, bolest, nejistota atp.
Časový prostor: Dosud zdravý člověk žil v poměrně široké časové dimenzi – u vědomí minulosti, živé přítomnosti a s pohledem do budoucnosti, kterou viděl dosti určitě (jako zřetelněji strukturovanou).	Pacient žije převážně jen a jen v přítomnosti. Kontakt s minulostí je omezen a budoucnost je nejistá – problematičtější.

Dlouhodobě nemocní pacienti jsou ohroženi omezením či úplnou ztrátou autonomie a soběstačnosti, ztrátou smyslu života, negativními emocemi, osamoceností, ztrátou soukromí a narušením intimity a často jsou konfrontováni s vlastní smrtelností.

#### 1.4.1 Ohrožení autonomie

„*Autonomie je schopnost řídit, zvládat a ovlivňovat způsob svého každodenního života podle vlastních pravidel a představ*“ (Scott, 2003 in Petrovicová, 2015). Během pobytu v nemocnici, stejně jako všude jinde, kde k uspokojení potřeb potřebují lidé pomoc, může být autonomie ohrožena. Je velikým úkolem ošetřujícího personálu, aby byla pacientům zachována v co největší možné míře. Pacienti by správně měli mít možnost kontroly nad vším, co se s nimi děje (Holmerová a kol., 2007, str. 40). Bužgová uvádí, že autonomie se neodvíjí od míry soběstačnosti pacienta. Senior může být fyzicky závislý, ale pokud je mu umožněna možnost volby, může být zároveň zcela autonomní (Bužgová, 2007b). „*Autonomie neznamená schopnost udělat to nebo ono, ale hlavně možnost rozhodovat se, vybrat si, zůstat pánem svého života*“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 46). Haškovcová (2012) rovněž poukazuje na to, že by senioři v nemocnici měli využívat tzv. informovaného souhlasu<sup>3</sup>, neboli souhlasu s navrhovaným lékařským postupem, nebo léčbou.

#### 1.4.2 Ztráta soběstačnosti

Soběstačnost má pro seniora velký význam ve vztahu k sobě samému i jako zdroj sebeúcty (Hudáková, 2013, s. 46). Zavázalová a kol. (2001) definuje soběstačnost jako schopnost samostatné existence v daném prostředí. Je dána vhodným poměrem mezi nároky prostředí a zdatností člověka. Má čtyři složky: psychickou (schopnost zařizování si věci

<sup>3</sup> Informovaný souhlas může mít ústní, konkludentní (vyplývající z okolností) a písemnou formu.

samostatně), fyzickou (pohyblivost), sociální (vazby na rodinu a širší společenství) a hmotnou (dostačující příjmy). Problémem proto může být ztráta soběstačnosti, která je vždy důsledkem kombinace zdravotního postižení, nároků prostředí a sociální situace (Hudáková, 2013, s. 22).

#### **1.4.3 Ztráta smyslu života – existenciální frustrace**

Nejznámějším vědcem, který vnesl otázky o smyslu života do dnešní medicíny, psychologie i psychoterapie je vídeňský neurolog a psychiatr Viktor E. Frankl (1905- 1997). Ten považoval tzv. vůli ke smyslu, neboli potřebu nalézt a realizovat v životě nějaký smysl, za hlavní motivační sílu v lidském životě. Frankl vytvořil samostatný psychologický přístup, který nazval logoterapie. Jeho koncept „vůle ke smyslu“ je ovlivněna přístupy dvou velikánů vídeňské psychoterapie – Freudovou psychoanalýzou, kde je za hlavní cíl lidské motivace považována „vůle ke slasti“, a Adlerovou individuální psychologií, kde tuto hlavní motivaci tvoří „vůle k moci“.

Frankl charakterizoval tzv. „existenciální frustraci“, kterou prožívají pacienti, kteří vážně pochybují o smyslu svého života, případně ho vůbec nenacházejí. Existenciální frustrace bývá v pozadí mnoha psychických poruch a problémů, vyvolává napětí, úzkost, smutek a zoufalství (Ondrušová, 2011).

#### **1.4.4 Negativní emoce**

U pacientů se často při hospitalizaci mohou v důsledku různých příčin objevit nejrůznější negativní emoce. Mezi ty nejčastější patří strach, úzkost, hněv a agresivita, smutek a deprese. Může se u nich objevit i tzv. duševní krize, kterou Klimpl (in Kuzníková a kol, 2011) charakterizuje jako akutně se vyhrocující situaci, kterou postižený není schopen bez pomoci překonat a prožívá ji jako ohrožující.

#### **1.4.5 Osamocenost**

Senioři se často musí potýkat s jednou z nejtěžších zkoušek v životě, ztrátou životního partnera, který je ve stáří téměř nenahraditelný. Vágnerová (2007) poukazuje na to, že ovdovění může vést až k pocitu opuštěnosti a osobní bezvýznamnosti. Jak uvádí Ondrušová (2009), osamostatnění dětí a postupné umírání vrstevníků prohlubují osamělost a představují značnou psychickou zátěž. To může mít za důsledek prohlubování pasivity u seniora, sklon k depresím a k somatizaci.

#### **1.4.6 Soukromí a intimita**

Soukromí a intimita jsou pojmy velmi blízké, neboť jsou úzce spojeny s respektem k osobnímu studu. V léčebnách dlouhodobě nemocných jsou pacienti často hospitalizováni v pokojích se čtyřmi a více lůžky. Najednou se na pokoji setkávají požadavky čtyř různých osob a každá z nich může být zvyklá na odlišný styl života. Je proto velice důležité, aby se zdravotníci co nejvíce snažili o zachování soukromí pacienta alespoň pomocí plent. Pokud toto není možné, měli by vyžadovat, aby při výkonech narušujících intimitu pacienta ostatní pacienti opustili pokoj. Holmerová a kol. (2007) uvádějí, že by veškerá poskytovaná péče měla být prováděna tak, aby byla co nejdiskrétnější a pacienty neuváděla do rozpaků. Diskrétnost se týká i osobních informací, v ideálním případě by měly být citlivé rozhovory prováděny ve zvláštních místnostech. Soukromí pacienta je součástí lékařského tajemství, které patří k základním etickým zásadám každého zdravotníka (Petrovicová, 2015).

#### **1.4.7 Konfrontace s vlastní smrtelností**

Pacienti, kteří jsou hospitalizováni v léčebně dlouhodobě nemocných, jsou často postaveni před nesmírně těžké, mnohdy nové úkoly. Musí se naučit přijmout vědomí blízkosti smrti, vyrovnat se s obavami a také ocenit smysl života, jak toho, který dosud žili, tak i toho aktuálního. Mnoho z geriatrických pacientů se bolestně vyrovnává se svými životními neúspěchy a selháními, zabývá se svou odpovědností vůči parterům a rodině a hledá odpuštění (Křivohlavý, 2002). „*O smrti a umírání zpravidla chtějí hovořit více senioři než lidé mladší* (Wijk, Grimby, 2008, in Bužgová, 2011, s. 269). Smrt je v dnešní společnosti stále tabuizovaným tématem.

## 2 Psychosociální potřeby pacientů léčebny dlouhodobě nemocných

Každý člověk má své potřeby. V odborné literatuře se setkáváme s mnoha různými definicemi pojmu potřeba. Marková (2010) uvádí, že slovo „potřeba“ má hned několik významů. Podle ní jde o stav, kdy je něco žádoucí, nebo nutné, např. všichni máme potřebu kyslíku. V jiném významu je to žádoucnost něčeho. Někdo má potřebu číst, jiný si hrát. Může to být také požadavek, nebo přání. *„Svou roli také hraje zaměření té či oné potřeby – něco potřebujeme k přežití, něco víc ke kvalitnímu životu a možná ještě něco víc k tomu, abychom mohli dobře zemřít“* (Marková, 2010, s. 11).

Podle Trachtové (2013) se v pojmu „potřeba“ zdůrazňuje jednotu vnitřního s vnějším, s okolním světem, protože každá potřeba je potřebou něčeho. Na rozdíl od biologicky daných vnitřních sil, které označujeme jako pudy a instinkty, se lidské potřeby v průběhu života mění a vyvíjejí a to z hlediska kvality i kvantity.

Chloubová (2005) uvádí, že potřeby závisí na mnoha různých faktorech. Jsou vysoce individuální. Závisí na jedinci, na jeho osobnostních, genetických, věkových a pohlavních předpokladech, na jeho rodině, výchově, vzdělání, či kultuře, ale také na prostředí ať už přírodním, materiálním, sociálním nebo duchovním.

Jak bylo zmíněno výše, potřeby se s věkem mění. Pro tuto diplomovou práci jsou stěžejní potřeby seniorů, kteří jsou hospitalizováni v nemocnici. Pichaud a Thereaudová (1998) uvádějí, že fyzická, psychická a sociální stránka člověka jsou neoddělitelné a dohromady je spojují právě lidské potřeby. I lidé v seniorském věku potřebují naplňovat všechny svoje potřeby stejně, jako v každém jiném věku. Nejedná se tedy jen o fyziologické potřeby, ale také o potřeby psychologické. Kaufmanová (2004) při svých výzkumech zjistila, že mezi nejdůležitější hodnoty seniorů patří láska, rodina, přátelství, sociální kontakt, vlastní domácnost a psychická i fyzická pohoda.

Červenková a kol. (2006) zdůrazňují, že specifická podoba potřeb u pacientů závisí především na charakteru nemoci, zároveň ale také na pacientovi samotném a na sociálních poměrech, ve kterých žije.

Dle Mlýnkové (2011) dochází u osob nad 75 let v otázkách životních potřeb k určitým změnám. Oproti mladším generacím se totiž mění celková hodnotová orientace potřeb. Lidé ve starším věku kladou větší důraz na potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Do popředí se dostávají psychosociální potřeby, především jistota, láska a sounáležitost. Nejčastěji staří lidé prožívají strach z nemocí, ztráty partnera a závislosti na pomoci druhých. „*Senioři jakoby se vraceli z výšek Maslowovy pyramidy k jejím základům. Pomyslné domy životních potřeb nejsou u seniorů tak vysoké, mají méně pater a méně místností, protože potřeby seberealizace a sebeaktualizace jsou převážně saturovány*“ (Mlýnková, 2011, s. 48).

Gurková (2011) uvádí, že naplnění psychosociálních a spirituálních potřeb je nezbytné k celkové pohodě a uzdravení pacienta.

Specifika chápání lidských potřeb v nemoci definuje Šamánková (2011), když uvádí základní principy pro práci se seniory:

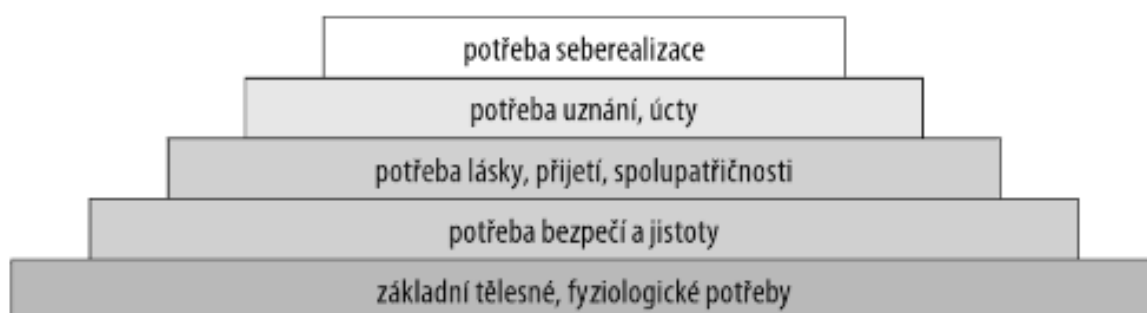
- „*hodnotit problémy a priority v ošetřování a léčení nemocného*
- *posoudit měnící se potřeby*
- *posílit edukaci*
- *pomoci nemocnému pochopit podstatu léčby nemoci*
- *ukázat nemocnému svoji snahu o pochopení*
- *napomoci nemocnému a jeho rodině v orientaci v nastalé situaci*
- *napomoci nemocnému ve vyhledávání nových cílů*
- *napomoci při hledání způsobu přijetí faktu nemoci*“ (Šamánková, 2011, s. 10).

## **2.1 Systematizace potřeb u nemocných osob**

Bártlová (2005) poukazuje na skutečnost, že „*nemoci se některé potřeby člověka mění nebo vznikají nové*“. Charakter nemoci, samotný pacient i sociální podmínky, ve kterých pacient žije, udávají specifickou podobu potřeb. Stejně tak se v průběhu nemoci mění i priority potřeb. V závěru života mohou nabývat na významu potřeby spirituální (Svatošová, 2005).

### 2.1.1 Dům životních potřeb dle Chloubové

Doktorka Helena Chloubová se dlouhodobě zabývá tématem psychosociálních potřeb. Ve svých pracích zdůrazňuje nutnost holistického přístupu k nemocným. „*Humanisticko-holistický přístup, znamená, že člověk není jen souhrnem jednotlivých částí, ale porucha jedné části je poruchou celého systému*“ (Chloubová, 1995, s. 22). Navazuje přitom na všeobecně uznávanou „pyramidovou“ hierarchii potřeb podle Abrahama H. Maslowa. Princip tohoto rozdělení pramení v tom, že potřeby, které jsou na nižších stupních, musí být uspokojeny v dostatečné míře, aby mohly být naplněny potřeby na vyšších úrovních.



Obrázek 2. Maslowova pyramida potřeb, zdroj: Šamánková, 2011, s. 26

Chloubová (1995) rozdělila jednotlivé typy psychosociálních potřeb do čtyř pater tzv. „Domu životních potřeb“. Psychosociální potřeby jsou ty, které navazují na tělesné potřeby a jsou mnohem individuálnější a složitější. Na jejich naplňování pak klademe značný důraz, neboť většina z nich představuje životní cíle a hodnoty člověka. Nemoci a vysokým věkem (biologickými funkcemi organismu) mohou být tělesné, základní potřeby narušeny a jedinec bez nich funguje jen velmi obtížně.

### Dům životních potřeb (Chloubová 1992)

POTŘEBY ČLOVĚKA								
sebe-realizace	sebe-aktualizace	hodnoty životní	tvůrčí potřeby	duchovní potřeby	kulturní potřeby	pracovní potřeby	estetické potřeby	různé zájmy
sebeúcta	sebe-pojetí	úspěch uznání	neudělat ostudu	intimita	poznání pochopení	autonomie	Moc	submise
lásky	sounáležitost	důvěra	kommunikace	rodina	přátelství	pečovat o druhé	identita	pozitivní vztah
zdraví	bezpečí pomoci	jistoty sociální ekonom.	soběstačnost	bydlení	informace	podněty	Mír klid	potřeba struktury řádu
dýchání	hydratace	výživy	vyprázdnění moče stolice	aktivita tělesná duševní	spánek odpočinek	teplo být bez bolesti	očista hygieny	sexuální mateřské potřeby

Obrázek 3. Dům životních potřeb, zdroj: Chloubová, 1992

#### 2.1.2 Coveyova teorie

Jinou teorii potřeb nabízí americký spisovatel Stephen R. Covey (1994), který určil čtyři základní lidské potřeby – „to live, to love, to learn, to leave a legacy“, neboli žít, milovat, učit se a zanechat odkaz. Pokud se všechny tyto potřeby nenaplní, cítí se člověk prázdně a nekompletně. První potřeba, tedy potřeba žít, v sobě skrývá vše ohledně fyzických potřeb (jídlo, šatstvo, ale i zdraví). Druhá potřeba – potřeba milovat, se vztahuje k našim sociálním potřebám. Je spojena s ostatními lidmi, s pocitem někam patřit, někoho milovat a být milován. Třetí potřeba se týká naší mysli, potřeba intelektuální stimulace, osobnostního růstu a rozvoje. A poslední potřeba, kterou v překladu nazýváme potřebou zanechat odkaz, se vztahuje ke spirituálním potřebám – ke smyslu života. Pro harmonický život nesmí být ani jedna potřeba v disbalanci.



Obrázek 4. Coveyova teorie, zdroj: Covey a kol., 1994, s. 45

### 2.1.3 Potřeby u nevléčitelně nemocných pacientů dle McIlmurraye a kol.

V Léčebně dlouhodobě nemocných se pracovníci i dobrovolníci přirozeně setkávají se smrtí. Proto je na tomto místě uvedena klasifikace potřeb nevléčitelně nemocných pacientů, i když se to na LDN samozřejmě netýká všech hospitalizovaných osob. I přesto zde shledávám velice podobné znaky s potřebami ostatních pacientů. Britský profesor Malcolm McIlmurray, specialista na onkologii, se svým týmem v roce 2003 provedl výzkum, ve kterém zkoumal potřeby nevléčitelně nemocných pacientů. Identifikoval následujících šest důležitých potřeb (Bužgová, 2011):

- **Potřeby související s činností profesionálů poskytujících péči** – obzvláště důležitý je kvalitní multidisciplinární tým pracovníků, který o pacienty pečuje s respektem a úctou a otevřeně a efektivně s nimi komunikují. To může u nemocného přispět k pocitu bezpečí a jistoty a posílit jeho sebeúctu.
- **Potřeba být informován** – je důležité, aby měl pacient pravdivé informace o svém zdravotním stavu a prognóze a rovněž aby měl dostatek informací o možných službách a péči i o finančním zabezpečení. Svatošová (2005) uvádí, že k naplnění všech psychosociálních i spirituálních potřeb je nezbytné znát pravdivé informace o zdravotním stavu.



- **Potřeba sociální podpory** – dle Haškovcové (2000) je nejdůležitějším prvkem důstojného umírání přítomnost blízkého člověka. Sociální podporu mohou poskytovat nejen rodinný příbuzní a blízcí přátelé nemocného, ale také pracovníci pomáhajících profesích a dobrovolníci.
- **Potřeba nalezení vlastní identity a emocionální potřeby** – častými emocemi, které pacienti v paliativní péči prožívají, jsou úzkost, strach z utrpení a nemoci, smutek, deprese a v neposlední řadě hněv. Pacienti se také potřebují smířit se změnami ve svém těle i s nepředvídatelnou budoucností. Proto je nesmírně důležitá snaha o udržení nezávislosti po co nejdelší dobu a v co největší míře.
- **Spirituální potřeby** – Spirituální potřeby a očekávání na konci života jsou hlavně o hledání smyslu, cíle a hodnot svého života.
- **Praktické potřeby** – Praktické potřeby zahrnují především zajištění zdravotní a sociální péče. Mnoho pacientů chce mít také jistotu, že zabezpečí své blízké.

## 2.2 Nejvýznamnější psychosociální potřeby nemocných hospitalizovaných v nemocnici

K dané problematice výrazně přispěla Marie Šamánková (2011), která se zabývá lidskými potřebami u hospitalizovaných pacientů. Ta uvádí nejčastější a nejvýznamnější potřeby, se kterými se pacienti v době nemoci setkávají:

### **Potřeba bezpečí**

Onemocnění s sebou zákonitě přináší ztrátu jistoty. Proto potřeba bezpečí nepředstavuje jen fyzické bezpečí (lůžko, přeprava na vyšetření apod.), ale především vědomí bezpečí ve smyslu jistoty, že ti, kdo se o nemocné starají, jsou kvalifikovaní profesionálové. Stejně tak je zásadní vědomí bezpečí, že budou respektovány jejich potřeby, autonomie a bude jim dáována důvěra ve spolupráci.

### **Potřeba lásky, sounáležitosti, potřeba někam patřit, být milován a moci někoho milovat**

Pacienti od ošetřujících nemohou očekávat lásku ve smyslu lásky, které se jim dostává od členů rodiny a přátel. Mohou ale očekávat sympatie, laskavost, empatii a porozumění.

Současně s naplňováním potřeby bezpečí (viz výše) pomáhá pocitu sounáležitosti s ostatními, pokud jsou pacienti začleněni do procesu léčby.

### **Potřeba naplnění sociálních potřeb v nemocnici**

Soukromí, ochrana osobních údajů a předávání osobních informací pouze lidem, které určí sám pacient, patří také mezi sociální potřeby. Tolerance a respekt vůči pacientovi je vždy na prvním místě, a to i respekt k prostředí, ze kterého pacient vychází, i k jeho životním hodnotám. Schopnost adaptace na nové prostředí je značně individuální a v nemoci se může měnit. Sociální pracovníci a pracovnice pomáhají mimo jiné při ekonomickém zabezpečení. Nabízejí pacientům poradenství v možnostech zabezpečení sociálních životních potřeb.

### **Potřeba naplnění kulturních potřeb**

I tato potřeba samozřejmě záleží na osobnosti pacienta. Všeobecně je žádoucí poskytnout nemocným literaturu přiměřenou jejich zdravotnímu stavu a informovat je o aktuálním dění mimo nemocnici. Při zvaní pacientů na společenské a kulturní akce, které se v nemocnici pořádají, je nezbytné respektovat jejich zájem.

### **Potřeba naplnění duchovních potřeb**

Respekt k víře a náboženskému vyznání pacienta je nezbytným požadavkem pro duševní klid nemocného, mohou mu přinést velikou úlevu i posílit pocit sounáležitosti.

## **2.3 Zjišťování potřeb pacientů – dotazník PNAP**

Zjistit, jaké mají pacienti biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby, je prvním krokem k tomu, aby se tyto potřeby daly naplnit, a tím se mohla zlepšit kvalita jejich života. V zahraničí využívají zdravotničtí pracovníci v paliativní péči mnoho různých měřicích nástrojů, které jim pomáhají identifikovat potřeby a díky tomu individualizovat poskytovanou péči. Jsou jimi např. PNI (Psychosocial Need Inventory), CARE (Cooperative for Assistance and Relief Everywhere), NEQ (Needs Evaluation Questionnaire), NEST (Needs at the End-Of-Life Screening Tool), PNAT (Patient Needs Assessment Tool), a CPNS (Community Psychiatric Nursing Service) (Bužgová, 2013a).

Český dotazník *Hodnocení potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči* (PNAP – Patient Needs Assessment in Palliative Care) vznikl na Lékařské fakultně Ostravské univerzity. Tým odborníků jej vytvořil na základě analýzy zahraničních dotazníků

zabývajících se potřebami pacientů v paliativní péči a speciálně vytvořených ohniskových skupin, které se skládaly z lékařů, sester i pacientů a jejich příbuzných.

V rámci projektu Ministerstva zdravotnictví ČR NT 13417-4/2012 IGA MZ ČR: *Identifikace potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života* bylo v letech 2012 – 2015 provedeno testování vytvořeného dotazníku.

*„Konečná verze dotazníku PNAP obsahuje 40 položek sdružených do 7 domén:*

- *doména 1 – fyzické symptomy*
- *doména 2 – sociální oblast*
- *doména 3 – respekt a podpora zdravotnických pracovníků (ZP)*
- *doména 4 – smysl života a smíření*
- *doména 5 – autonomie*
- *doména 6 – možnost sdílení emocí*
- *doména 7 – religiózní potřeby. “ (Bužgová, 2014, str. 9)*

Přehled jednotlivých otázek v doménách je uveden v tab. 2.

Tab. 2 – Přehled jednotlivých domén a položek dotazníku PNAP

Č. ot.	Doména	Jednotlivé položky
<b>Dom 1</b>	<b>Fyzické symptomy</b>	Nemít problém s těmito symptomy:
2		bolest
4		únava
5		spánek
6		únik moči
7		únik stolice
8		dušnost
9		zácpa
10		zvracení
11		kašel
12		svědění
13		brnění nebo znecitlivění
14		pocení nebo návaly horka
<b>Dom 2</b>	<b>Sociální oblast</b>	
19		přítomnost někoho blízkého
22		naplnění dne nějakou aktivitou
23		kommunikace s někým v podobné situaci
38		přístup k jiným zdrojům informací (internet, knihy...)
39		finanční zabezpečení
40		pěkné prostředí
<b>Dom 3</b>	<b>Respekt a podpora ZP</b>	
16		respekt a úcta
20		naslouchání a komunikace
21		podpora ošetřujícího personálu
36		informace o ošetrovatelské péči
37		důvěra v ošetřující personál
<b>Dom 4</b>	<b>Smysl života a smíření</b>	
28		smysl života
29		vyrovnanost s nemocí
31		vyrovnanost se změnami v těle
32		naplněnost klidem
33		vyrovnanost s pohledem druhých
34		pozitivní náhled na život
<b>Dom 5</b>	<b>Autonomie</b>	
1		možnost péče o tělo
3		schopnost soustředit se
15		pokračování v obvyklých aktivitách
17		vlastní rozhodování
18		Soukromí
30		strach ze závislosti na pomoci druhých
35		informace o zdravotním stavu
<b>Dom 6</b>	<b>Možnost sdílení emocí</b>	
24		sdílení pocitů z umírání a smrti
25		sdílení strachu a obav
<b>Dom 7</b>	<b>Religiózní potřeby</b>	
26		kontakt a podpora duchovního
27		účast na bohoslužbě, či jiných obřadech

Obrázek 5. Přehled jednotlivých domén a položek dotazníku PNAP, zdroj: Bužgová, 2014, s. 10

Pilotní testování tohoto dotazníku proběhlo v roce 2012 na Onkologické klinice FN Ostrava. Zúčastnilo se jej 52 respondentů, přičemž všichni respondenti byli pacienti v terminálním stádiu onkologického onemocnění. Ve vyhodnocení tohoto pilotního testování, uvedeném ve vědeckém časopisu Ošetrovatelství a porodní asistence, je uvedeno, že se dotazník PNAP skládá ze čtyřiceti dvou položek, které zjišťují důležitost a naplněnost potřeb pacientů. Tyto otázky jsou sdruženy do pěti domén, a to „fyzické potřeby, sociální potřeby, autonomie, psychické potřeby a duchovní potřeby“. Dotazník je konstruován tak,

že respondenti určovali důležitost i naplněnost potřeb na škále od 1 (vůbec ne) do 5 (velmi důležitá).

Výsledky tohoto pilotního šetření uvádějí, že nejčastější potřeby pacientů jsou: „*řešení bolesti, únavy, dušnosti, vyrovnaní se s nemocí, komunikace se zdravotníky a jejich podporu, rozhodování, respekt a úctu při ošetřování, vnitřní klid, naděje a smysl života*“. Jako nedostatečně naplněné potřeby pacienti uváděli „*únavu, bolest, vyrovnanost s nemocí, strach ze závislosti, pokračování v obvyklých aktivitách, pozitivní náhled na život a naději*.“ (Bužgová, 2013, str. 629).

## 2.4 Naplnění potřeb pacientů

Na naplňování pacientových potřeb se podílí mnoho faktorů. Jako nejdůležitější Šamánková (2011) zmiňuje **pud** (vrozená pohnutka k činnosti), **zájem** (získaný motiv projevující se kladným vztahem člověka k předmětům nebo případně činnostem), **aspirace** (snaha o sebeuplatnění), **cíl** (směr aktivity, když chceme něčeho dosáhnout), **ideály** (vzorové cíle) a **přesvědčení** (něco, čemu o sobě a světě kolem nás člověk věří).

Faktory, které samotné naplnění ovlivňují, rozděluje autorka na objektivní a subjektivní. Objektívni označuje ty, které ovlivňují naplnění viditelných potřeb, jakými jsou například dostatek jídla či potřeba pomoci při pohybu. Tyto faktory jsou závislé na vývojovém stadiu jedince, na jeho pohlaví, věku, vzdělání, rodinném zázemí a společenském postavení. U subjektivních faktorů vyzdvihuje autorka nutnost kladné sebekoncepce. Tím je myšleno to, že lidé, kteří sami sebe dobře znají a mají k sobě kladný vztah, snadněji přijímají vnitřní změny a poznávají a naplňují své potřeby. Lidé, kteří mají sebekoncepci narušenou, většinou nejsou schopni své potřeby naplňovat samostatně a proto i vyžadují mnohem větší pozornost a péči.

### 3 Subjekty v psychosociální podpoře pacientů

Komplexnost péče v dnešní medicíně vyžaduje propojení spolupráce odborného interdisciplinárního týmu. Funkční tým plánuje řešení pacientových problémů a potřeb, členové si mezi sebou předávají důležité informace, shodují se v etických rozhodnutích, vzájemně se učí a společně plánují intervence. Sociální pracovník v rezortu zdravotnictví jistě do tohoto odborného týmu patří. Sociální pracovníci propojují pacienta a jeho rodinu, organizace, fyzické a právnické osoby mimo zdravotnické zařízení i samotné členy interdisciplinárního týmu mezi sebou (Kuzníková a kol., 2011). Jejich činnost může být na některých odděleních doplněna speciálně vyškolenými dobrovolníky, kteří se snaží pacientům poskytnout psychosociální podporu.

Zásadní roli při psychosociální péči o pacienty jednoznačně zastává ošetřující personál. O jeho přínosu pro pacienty bylo napsáno mnoho obsáhlých publikací (například publikace Markové, Kutnohorské, Šamánkové a Trachtové). Vzhledem k tomu, že je kvalitní péče ošetřujícího personálu nedílnou součástí léčebného procesu, zahrnuji je do této kapitoly. Činnost ošetřujícího personálu však není přímým předmětem této diplomové práce, a proto jeho přínos pro pacienty pouze stručně shrnuji v podkapitole 3.3 . Naplňování psychosociálních potřeb pacientů rovněž do značné míry ovlivňují návštěvy rodiny a známých, a proto je jim věnována podkapitola 3.4 .

#### 3.1 Sociální pracovníci

Sociální práce ve zdravotnických zařízeních je velice specifická. Jednu z nejznámějších definic sociální práce uvádí Matoušek (2001): „*cílem sociální práce je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů*“. Vurm (2007) poukazuje na to, že sociální a zdravotní péče se navzájem prolínají, a že nelze řešit pouze jednu bez vztahu k druhé. Severová (2005) také poukazuje na potřebu znalosti diagnóz pacientů a jejich odraz do sociální sféry. Zdravotní stav a sociální problémy jsou často provázané. V některých případech je prvotním problémem zdravotní stav pacienta a z toho pramení sociální problémy, jindy je tomu naopak.

Sociální problematika v oblasti zdravotně-sociální péče se dle Valtové (2012) kvalitativně liší od sociální problematiky, která vyplývá ze sociální práce s jinými skupinami

klientů, například nezaměstnanými. Autorka dále uvádí, že „sociální služby ve zdravotnickém zařízení jsou nedílnou součástí léčebně preventivní péče“.

Směrnice FNKV P\_0601 o Zdravotně sociální péči definuje poslání pracovníků, kterým je „pomoc hospitalizovaným pacientům, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci pro nemoc, ztrátu soběstačnosti, věk, krizovou situaci, životní návyky atd., a tuto situaci nejsou schopni zvládnout vlastními silami, ani s pomocí své rodiny či svých blízkých“ (Směrnice P\_0601, s. 3). Pracovníci pomáhají také odstraňovat negativní faktory, které pacienta ovlivňují, a jsou důsledkem ztráty či omezení jeho fyzické, psychické a intelektuální autonomie.

Kuzníková (2011) uvádí, že služby sociální péče ve zdravotnických zařízeních jsou ty intervence, které „pomáhají odstranit, nebo alespoň zmírnit negativní důsledky situace způsobené nemocí, hospitalizací, úmrtím, psycho - sociálně patologickými jevy apod“.

### **3.1.1 Legislativní vymezení pracovní činnosti sociálních pracovníků ve zdravotnickém zařízení**

Aktuálně platná legislativa České republiky neřadí nemocnice mezi zařízení sociálních služeb, což ovlivňuje také pracovní náplň povolání sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení, neboli zdravotně sociálního pracovníka (dále jen ZSP). Pracovní náplň ustanovuje zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Tento zákon v nemocnici rozlišuje dva typy pracovních míst se sociálním zaměřením: ZSP a jiného odborného pracovníka se sociálním zaměřením.

V § 10 je uvedeno, že činnost **Zdravotně sociálního pracovníka** spočívá v oblasti prevence a diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Zdravotně sociální pracovník se také podílí na uspokojování sociálních potřeb pacienta. Senioři se sníženou soběstačností, kteří jsou často hospitalizováni v léčebnách dlouhodobě nemocných, tvoří častou klientelu zdravotně sociálních pracovníků. Činnost zdravotně sociálního pracovníka je vymezena také vyhláškou 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. V § 9 je ustanoveno, že provádí sociální prevenci (včetně depistáže), sociální šetření u pacientů i jejich rodin (sociální anamnéza, sociální diagnóza, sociální prognóza), posuzuje jejich životní situaci ve vztahu

k onemocnění a jeho následkům a rovněž spolupracuje s orgány veřejné správy. Dále sestavuje a ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky realizuje plán psychosociální intervence do životní situace klienta. V rozsahu své odborné způsobilosti vykonává činnosti při přípravě k propuštění klientů z nemocničního zařízení včetně zajištění další péče a služeb a v případě jejich úmrtí provádí odborné poradenství pozůstalým v sociální oblasti, případně zajišťuje praktické služby spojené s úmrtím, jedná-li se o úmrtí osamělých klientů.

Při své činnosti se ZSP řídí Listinou základních práv a svobod, Mezinárodním etickým kodexem<sup>4</sup> přijatým valným shromážděním IFSW (International Federation of Social Workers – Mezinárodní federace sociálních pracovníků) a dodržují Etický kodex sociálních pracovníků ČR<sup>5</sup>.

Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních také určuje vzdělání, které každý ZSP musí mít. Kuzníková (2011, s. 27) zdůrazňuje, že je ZSP zařazen mezi nelékařská zdravotnická povolání. Z uvedeného zákona vyplývá, že ZSP může získat odbornou způsobilost k výkonu povolání absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření, tříletého studia na vyšší odborné či vysoké škole v oborech sociálního zaměření, akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník, či specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry (zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, § 10).

Je tedy zřejmé, že ZSP musí mít potřebnou kvalifikaci v oblasti zdraví, což mu umožní lépe posoudit kvalifikaci pacienta (Valtová, 2012). Účastník kurzu Zdravotně sociální pracovník, akreditovaného u Ministerstva zdravotnictví ČR, nabízí základní znalosti klinických oborů a preventivní medicíny. Absolvent je rovněž obeznámen se specifiky péče o klienty/pacienty ([www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz))<sup>6</sup>.

**Jiným odborným pracovníkem v sociálních službách** se rozumí sociální pracovník, který nemá dostatečné sociálně-zdravotní vzdělání. Náplň jeho činnosti ustanovuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví. V § 44 této vyhlášky je mimo jiné uvedeno, že „*pod odborným dohledem nebo přímým vedením zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování*

---

<sup>4</sup> Přijatý v Adelaide, 2004, dostupný na

[http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/mezinarodni\\_eticky\\_kodex.pdf](http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/mezinarodni_eticky_kodex.pdf)

<sup>5</sup> Dokument schválený plénem Společnosti sociálních pracovníků 19. 5. 2006. Dostupný na <http://sspcr.xf.cz/code.html>

<sup>6</sup> Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník. Dostupné na [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/akreditavany-kvalifikacni-kurz\\_8860\\_3080\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/akreditavany-kvalifikacni-kurz_8860_3080_3.html)



*zdravotní péče vykonává činnosti, které přímo souvisejí s poskytováním zdravotní péče, v rozsahu své odborné způsobilosti“.* Absolvent studijního oboru Sociální práce je oprávněn provádět sociálně-právní poradenství a ve spolupráci se zdravotnickými pracovníky provádět sociální opatření nebo psychosociální intervenci do životní situace pacienta.

Nároky na osobnost sociálního pracovníka ve zdravotnictví lze nalézt v obecných principech humanistického přístupu. Schopnost empatie, autentičnost a vřelost jsou principy v sociální práci považovány za nezbytné. Jelikož se pracovníci zabývají psychosociálními potřebami pacientů, je nezbytné, aby byl vztah mezi nimi založen na vzájemné důvěře a bezpodmínečném přijetí. Sociální pracovník musí umět pracovat v rámci vytýčených hranic a měl by se vnitřně plně identifikovat s etickými principy sociální práce. Primární dovedností, kterou musí každý pracovník ovládat, je výborná komunikace, neboť díky ní může rozklíčovat motivaci k činům druhých lidí (Kuzníková, 2011).

### **3.1.2 Role sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních**

Sociální pracovníci mají ve zdravotnickém zařízení jedinečnou roli. Janečková (2005) vidí jejich nezastupitelnou úlohu právě v tom, že přesahuje ze zdravotnického zařízení do domácího prostředí pacienta a zahrnuje do své práce i rodinu a komunitu. Může velkou měrou přispět k zajištění kvalitní péče o seniora a k jeho aktivizaci tím, že koordinuje činnost jednotlivých účastníků péče a přistupuje k pacientům komplexně.

V psychosociální podpoře pacientů hospitalizovaných ve zdravotnických zařízeních hrají sociální pracovníci také velice významnou roli. Kuzníková (2011) uvádí, že vedle poradenství a edukace mají za úkol obhajovat potřeby pacientů vůči zdravotnické organizaci i sociálnímu okolí, pomáhají pacientovi zajišťovat sociální podporu, podporují klientovy širší vztahy a vytvářejí společný plán následné kontinuální péče.

Z výzkumu, který realizovala Samcová (2012) v rámci své diplomové práce, vyplývá, že nejčastějšími metodami, které sociální pracovníci ve zdravotnických zařízeních využívají, jsou sociální práce s jednotlivcem, případová práce a případová práce s rodinou. Nejčastější technikou je rozhovor a pozorování.

Průkopnice v paliativní péči Svatošová (2005), poukazuje na to, že práce sociálního pracovníka je zaměřena na konkrétní sociální situaci konkrétní osoby. Sociální pracovník nabízí pomoc jak praktickou, tak emoční, a to nejen pacientům, ale i jeho blízkým. Musí mít proto dobrý přehled o dostupnosti vhodných služeb pro podporu pacientů i jejich rodin ve státním i neziskovém sektoru. Valtová (2012) dodává, že sociální pracovník musí mít

znalosti nejen o všech odborných zařízeních, ale také se musí orientovat v legislativě. Proto by se měl účastnit odborných seminářů, studovat odbornou literaturu a stále se zajímat o změny, které v sociální i zdravotnické oblasti probíhají. Povinnost zvyšování kvalifikace vyplývá ze zákona o nelékařských zdravotnických povoláních i ze zákona o sociálních službách.

Sociální práce prováděna v nemocnici může probíhat pod tlakem hned z několika stran, jak uvádí Janečková (2005):

- lékař od sociálních pracovníků očekává pomoc s co nejrychlejším propuštěním rizikových pacientů do domácí či jiné následné zdravotní či sociální péče;
- rodina se často brání propuštění, protože o nemocného neumí, nechce nebo nemůže pečovat;
- kapacita navazujících sociálních služeb poskytujících ubytování i ošetrovatelskou péči, případně terénní pečovatelskou nebo asistenční službu či domácí ošetrovatelskou péči je limitována. Pacient pak často nemá možnost volby a může mu hrozit neopodstatněné a mnohdy i nehumánní přemístování z jednoho zařízení do druhého, přičemž on sám v tomto procesu hraje pouze pasivní roli.

### **3.2 Dobrovolníci**

Dobrovolnictví je součástí lidského společenství již od nepaměti. Bezplatná lidská pomoc bližním je principem nejen křesťanské společnosti, ale i mnohých jiných kultur. Forem dobrovolnictví je celá řada, od sousedské výpomoci po profesionální dobrovolnické organizace. To, co všechny formy spojuje, je, že jsou stejně důležité pro zdravý rozvoj společnosti a její kultury a pro podporu odpovědnosti vůči sociálnímu a životnímu prostředí.

Dobrovolnictví je ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví (MZ) definováno jako *„vědomá svobodně zvolená činnost ve prospěch druhých, kterou poskytují občané bez nároku na finanční odměnu. Dobrovolník věnuje část svého času a energie do činnosti, která je časově a obsahově vymezena”* (Věstník MZ 2006, s. 102). Dle Nováka (2008) je dobrovolnictví nutné chápat jako formu nepeněžitěho daru. Jedinec totiž daruje svůj čas, energii, zkušenosti i dovednosti.

Dle Sozanské a Tošnera (2001) je dobrovolnictví přirozeným projevem občanské zralosti. Nejen že přináší pomoc tomu, kdo ji potřebuje, ale také rozvíjí dobrovolníka samotného, dává mu pocit smysluplnosti a také ho obohacuje v mezilidských vztazích.

Každý uchazeč o dobrovolnickou činnost si může vybrat z velkého počtu oblastí. Setkáváme se s dobrovolnictvím ve zdravotnictví, kultuře, sociálních službách, sportu, ekologii a v práci s dětmi a mládeží. Mnoho zemí také podporuje mezinárodní dobrovolnictví, kdy si dobrovolník při vykonávání činnosti osvojuje i kulturu jiné země ([www.dobrovolnik.cz](http://www.dobrovolnik.cz)).

Právní rámec dobrovolnickým programům v ČR poskytuje Zákon č. 198/2002 Sb. Ten také definuje rozsah a formy dobrovolnické služby a vymezuje práva a povinnosti dobrovolnických organizací.

Sociální a zdravotní oblasti patří z hlediska využití dobrovolníků mezi jedny z nejvýznamnějších. Dobrovolnictví ve zdravotnickém zařízení je velice specifické a vedle zákona o dobrovolnické službě č. 198/2002 Sb. je definováno také Věstníkem MZ z roku 2006.

První nemocnicí, kde v roce 1999 vznikl pilotní program „dobrovolníci v nemocnicích“, byla Fakultní nemocnice Motol. Od té doby vznikají dobrovolnické programy v jednotlivých nemocnicích po celé České republice (Dobrovolník v nemocnici – manuál: 7).

Evidence dobrovolníků u poskytovatele zdravotních služeb v roce 2015, kterou vypracoval ÚZIS<sup>7</sup>, udává, že v daném roce působilo v celé České republice 2 857 aktivních dobrovolníků. Zdravotnických zařízení na území ČR eviduje 31 188 a z nich 129 má profesionální Dobrovolnický program. V Praze bylo těchto zdravotnických zařízení 16 a v nich působilo 867 dobrovolníků, kteří s pacienty strávili 33 481 hodin čistého času. Všichni dobrovolníci v celé ČR za rok 2015 ve zdravotnických zařízeních odpracovali 100 394 hodin ([www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz))<sup>8</sup>.

Dobrovolnictví ve zdravotnických zařízeních vždy probíhá v souladu s metodickým doporučením Ministerstva zdravotnictví pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích v souladu s procesy řízení rizik a bezpečnosti pacientů, které je uvedeno ve Věstníku MZ z roku 2009.

---

<sup>7</sup> ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, jejím zřizovatelem je Ministerstvo Zdravotnictví ČR. zdroj: <http://www.uzis.cz>

<sup>8</sup> [http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/seznam-poskytovatelu-zdravotnich-sluzeb-s-dobrovolnickym-programem\\_3194\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/seznam-poskytovatelu-zdravotnich-sluzeb-s-dobrovolnickym-programem_3194_3.html), citováno dne 20. 4. 2017

*„Dobrovolníci nevykonávají činnosti v pracovně právním režimu, nejsou tedy profesionálními odbornými pracovníky v sociálních službách dle § 115 a § 116 zákona č. 108/2006 Sb. Dobrovolníci vykonávají svou činnost v režimu podle § 2, odst. 2, zákona č. 198/2002 Sb. a proto nemohou ani být registrováni jako poskytovatelé sociálních služeb“* (Tošner, 2016, str. 5).

Jedním ze základních principů dobrovolnictví v nemocnicích je, že vyžadují organizaci zajišťující profesionální řízení. V každém programu pracuje koordinátor dobrovolníků, což je od roku 2014 oficiálně uznaná pracovní pozice v Národní soustavě kvalifikací. Pro zavedení, udržení i rozvoj programu je potřeba většího počtu zaměstnanců, než je tomu v jiných dobrovolnických organizacích. Ve Věstníku MZ z roku 2006 je uvedeno, že se realizační tým skládá z interního garanta programu, (zaměstnanec nemocnice a člen managementu, který právě na úrovni vedení nemocnice program prosazuje a podporuje), z garanta programu za spolupracující nestátní neziskovou organizaci (v případě FNKV se jedná o výkonnou ředitelku Lékořice, z. s.), koordinátora dobrovolníků (popřípadě i koordinátora dobrovolnického programu, je-li již program dostatečně rozsáhlý), kontaktní osoby (staniční či vrchní sestra na oddělení, kam dobrovolníci docházejí) a supervizora dobrovolníků. *„S rolí koordinátora jsou spojeny úkoly, které se týkají v první řadě přímé personální práce s dobrovolníky, administrace, koordinace a komunikace s dalšími zúčastněnými stranami, plánování a strategie rozvoje programu a často i zodpovědnosti za adekvátní financování programu“* (Kořínková a kol. 2010, str. 9).

Jedním ze základních pilířů, na kterém je filozofie tohoto druhu dobrovolnictví postavena je skutečnost, že *„dobrovolník ve zdravotnickém zařízení nenahrazuje práci odborného personálu, ale doplňuje ji tam, kde je to vhodné a možné. Dobrovolník v nemocnici je specialistou na lidský kontakt“* (Věstník MZ 2006, s. 102). Dobrovolník neplní roli zdravotníka, psychoterapeuta, sociálního pracovníka či fyzioterapeuta, a to i kdyby měl v těchto oborech platné vzdělání, znalosti nebo dovednosti. Jeho posláním je vnést do zdravotnických zařízení více lidského kontaktu, posílit duševní pohodu pacienta a jeho postoj k aktivní spolupráci na uzdravení (Manuál Lékořice Dobrovolník v nemocnici, 2016).

Každý zájemce o dobrovolnictví musí absolvovat motivační vstupní pohovor a vstupní školení a podepsat dohodu o dobrovolnické činnosti. V té se mimo jiné zavazuje k dodržování mlčenlivosti a k jednání v souladu s etickým kodexem dobrovolníka.

Vzhledem k těmto jasně stanoveným pravidlům je pak činnost dobrovolníků bezpečná pro všechny zúčastněné strany – pro pacienty, personál, dobrovolníky i program samotný.

Dobrovolníci se soustřeďují na pacienta jako na člověka, proto pro ně diagnóza pacientů není důležitá. V žádném případě dobrovolníci nemají přístup ke zdravotní dokumentaci pacienta. Pokud by pacientova omezení a potřeby měly ovlivnit průběh návštěvy, dobrovolníkovi je sdělí odpovědný personál. Na dobrovolníka jsou kladeny nároky na osobnostní předpoklady, které jsou ve shodě s nároky kladenými na sociální pracovníky, tedy empatie, humanistický přístup, vřelost a autentičnost.

*„Smyslem bezpečného, efektivního a dobře řízeného Dobrovolnického programu je umožnit vstup dobrovolnického laického prvku do systému péče zajišťovaného profesionály tak, aby podporoval lidský faktor v komplexní péči a humanizaci zdravotnického systému jako celku“ (Věstník MZ 2006, s. 102).*

### **3.2.1 Přínos dobrovolnického programu v nemocnici**

Mnohé studie dokazují pozitivní vliv dobrovolnického programu pro všechny zainteresované strany, tedy pro pacienty, pro personál, zdravotnické zařízení i dobrovolníky samotné. Dobrovolníci mají na oddělení zcela specifickou roli. Nejsou totiž profesionálními zdravotníky, nejsou pacienti a nejsou ani rodinnými příslušníky nebo návštěvníky z řad přátel. Jsou někým nezajímavým, kdo však má zájem o pacienta jakožto o člověka – o to, co může, co má rád, co ho těší. Dobrovolníci se nezajímají o zdravotní stav pacienta ani o jeho prognózu. Stejně tak nejsou emocionálně zainteresováni jako pacientova rodina či blízcí přátelé. Mellow (2007 in Kořínková 2009, s. 14) ve svých výzkumech poukazuje na to, že *„zájem o život pacienta mimo nemoc a možnost svobodného vymezení ve vztahu vůči dobrovolníkovi (určení obsahu návštěvy či rozhovoru) přináší pacientovi příležitost vystupovat jako celý a vůči dobrovolníkovi rovnocenný člověk, nejen jako diagnóza“*.

Kořínková (2010) poukazuje na to, že přínos dobrovolníků je doložen hlavně v oblasti emocionální podpory, tedy *„v péči o psychický stav pacienta a jeho posilování prostřednictvím vztahu založeného na oboustranné důvěře.“*

Dle výzkumu F. Handy a N. Srinivasan (2004) hrají dobrovolníci významnou roli v péči o pacienta v řadě podpůrných služeb, které přispívají k pohodlí a spokojenosti pacientů, jejich rodin a ostatních návštěvníků. Dobrovolníci pružně reagují na požadavky pacientů bezprostředně nesouvisející s lékařskou péčí a pomáhají pacientům překonávat úzkost pramenící z pocitu osamělosti a zranitelnosti, což jsou pocity vyskytující se často a

významnou měrou. S tím, jak se nemocnice zvětšují, specializují a stávají se technologicky vyspělými, je účinné využívání práce dobrovolníků pro zachování lidského a osobního kontaktu nesmírně přínosné. Dobrovolníci, ať už prací s pacienty nebo s profesionálním personálem, tudíž nejen přispívají k udržení nákladů, ale i pozitivně ovlivňují úroveň poskytované péče a pohodlí.

Přínos pro dobrovolníky je také zřejmý. To, že dobrovolník svou činnost vždy vykonává z nějakého důvodu, z vize nějaké odměny, teoreticky dokazuje Frič (2001). Tato odměna však není materiální, základem dobrovolnické činnosti je to, že ji člověk vykonává bez nároku na finanční ohodnocení. Zajímalo mě, co jako svůj přínos vidí dobrovolníci působící ve FNKV a s jakými očekáváními do programu vstupovali. K tomuto bodu se vztahují první dvě otázky v mém výzkumném šetření. Tošner a Sozanská (2001) udávají jako nejvýraznější přínos pro dobrovolníky dobrý pocit z pomoci ostatním, nové zkušenosti a dovednosti, navázání nových přátelství a kontaktů a v neposlední řadě nový pohled na svět. Svou roli může samozřejmě hrát také zapojení se do společnosti a zvyšování společenské prestiže.

Dobrovolníci ale neplní „jen“ roli společníků u lůžka. Někteří z nich jsou specializovaní a doplňují práci erudovaných pracovníků. Příkladem je vedení pravidelných skupinových tréninků paměti. Podle Hudovcové (2013) trénink kognitivních funkcí slouží mimo jiné jako prevence psychických změn, jakými jsou například stavy deprese, demence a deliria. Díky skupinovým aktivitám, které dobrovolníci nabízejí, mohou pacienti navazovat a udržovat sociální kontakty.

### **3.2.2 Dobrovolnický program ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady**

Dobrovolnický program ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (FNKV) existuje již od roku 2009. Jeho cílem je psychosociální podpora hospitalizovaných pacientů. Zastřešuje ho nezisková organizace **Lékořice, z.s.**,<sup>9</sup> která působí také v Thomayerově nemocnici, Všeobecné fakultní nemocnici a Institutu klinické a experimentální medicíny. Lékořice vznikla již v roce 2005 a za dobu své existence vyškolila stovky dobrovolníků. Je akreditovanou neziskovou organizací v oblasti dobrovolnictví. Akreditaci uděluje

---

<sup>9</sup> Více informací na <http://lekorice.com/>

Dobrovolnickým programům Ministerstvo vnitra<sup>10</sup>. Financovaná je Lékořice z.s. dotacemi od Ministerstva Vnitra a Ministerstva zdravotnictví<sup>11</sup> a sponzory a dárci.

Dobrovolnický program ve FNKV má průměrně 25 aktivních dobrovolníků, kteří s pacienty stráví přibližně 950 hodin čistého času ročně. Dobrovolníci pravidelně docházejí na 14 různých oddělení nemocnice, a to jak za dětskými pacienty, tak i za dospělými a seniory (informace k 1. 3. 2017). Konkrétně se jedná o Léčebnu dlouhodobě nemocných, Kliniku popáleninové medicíny<sup>12</sup> (dětské standardní oddělení i jednotka intenzivní péče JIP, oddělení dospělých), Neurologickou kliniku (standardní oddělení i JIP), Radioterapeutickou a onkologickou kliniku, Hematologickou kliniku<sup>13</sup>, I. Interní kliniku a Septické oddělení Chirurgické kliniky.

Každý zájemce o dobrovolnickou činnost musí projít hloubkovým motivačním pohovorem s koordinátorkou dobrovolníků. Poté absolvuje celodenní vstupní školení spolu se zájemci z ostatních nemocnic, kde Lékořice z.s. působí. Každý zájemce se jde také třikrát podívat na vybraná oddělení se zkušeným dobrovolníkem na tzv. „návštěvy nanečisto“. Během nich si může vyzkoušet dobrovolnickou návštěvu v praxi a rozhodnout se pro jedno konkrétní oddělení, na které pak dochází 1x týdně na dvě hodiny. To ale až poté, co s koordinátorkou absolvuje doškolení a podepíše dohodu o dobrovolnické činnosti. Tato dohoda se uzavírá na jeden kalendářní rok s možností prodloužení a obsahuje i mlčenlivost a kodex dobrovolníka. Lékořice z.s. pojišťuje všechny dobrovolníky pro případ úrazu, odpovědnosti za škodu způsobenou dobrovolníkovi a odpovědnost za škodu způsobenou organizací dobrovolníkem.

Role dobrovolníků není jednoduchá. Všichni, koho dobrovolníci navštěvují, jsou totiž nemocní lidé. Často se setkávají s velice náročnými situacemi, jsou svědky životních tragédií a naslouchají emocionálně těžkým příběhům. Právě proto je nezbytnou součástí Dobrovolnického programu pravidelná **supervize**. „*Supervize obsahuje složku podpory (nadhledu) a kontroly (dohledu) a zaručuje dobrou úroveň odbornosti jak v oblasti*

---

<sup>10</sup> Informace o akreditaci Dobrovolnických programů jsou umístěny na internetových stránkách Ministerstva vnitra ČR: <http://www.mvcr.cz/clanek/dobrovolnicka-služba-akreditace.aspx>

<sup>11</sup> Ministerstvo zdravotnictví ČR každoročně vypisuje dotační řízení „Program pro vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením“. Více informací na [http://www.mzcr.cz/obsah/program-vyrovnani-prilezitosti-pro-obcany-se-zdravotnim-postizenim\\_3652\\_1.html](http://www.mzcr.cz/obsah/program-vyrovnani-prilezitosti-pro-obcany-se-zdravotnim-postizenim_3652_1.html)

<sup>12</sup> Klinika popálenin patří mezi historicky nejstarší specializované popáleninové pracoviště v regionu, zajišťuje komplexní a kontinuální péči o pacienty všech věkových kategorií pro spádovou oblast celých Čech (<http://www.fnk.v.cz/klinika-popaleninove-mediciny-uvod.php>)

<sup>13</sup> Radioterapeutickou a onkologickou kliniku a Hematologickou kliniku mohou dobrovolníci navštěvovat až po roce stabilní spolupráce a po speciálním školení, které pořádá Amélie z.s. Tato nezisková organizace se zabývá psychosociální pomocí pro onkologicky nemocné a jejich blízké

*schopností, vědomostí a dovedností, tak v oblasti etické a hodnotové“* (Pravdová, 2008, s. 13). U dobrovolníků, kteří působí ve zdravotnických zařízeních, jsou supervize velmi potřebné. Jak dále Pravdová uvádí, supervizoři jim mohou poskytnout podporu, vysvětlit problémy klientů a zabránit vyhoření. Také je mohou učit nepřebírat zodpovědnost za události a problémy klientů, které nemohou ovlivnit. Pomáhá jim také naučit se základy psychohygieny, která je pro pracovníky v pomáhajících profesích nezbytná. Supervize je také důležitým zdrojem informací pro organizace, protože při ní mohou od dobrovolníků získat zpětnou vazbu a podněty ke zlepšení a tím zvýšení kvality celého programu.

Supervize probíhají ve FNKV pravidelně osmkrát ročně. Dobrovolníci jsou rozděleni do dvou supervizních skupin a s profesionálními supervizory a za přítomnosti koordinátorky řeší jakákoliv témata spojená s jejich dobrovolnickou činností.

K dobrovolnické činnosti, ve které se nebudou dobrovolníci zbytečně vystavovat psychickému a emočnímu stresu, slouží v Lékořici tzv. **„Tři principy bezpečné dobrovolnické činnosti“**. Pokud dobrovolník tyto principy a postoje dodržuje, může být pro pacienty maximálně užitečný a důležitý a přitom se sám nevyčerpá.

Prvním z těchto principů je „Orientace na to, co je ZDRAVÉ, co pacient může, ne na diagnózu a nemoc“. Jak již bylo zmíněno výše, dobrovolníková role mu umožňuje nesoustředit se na nemoc, ale soustředit se naopak výhradně na to, co pacient může dělat i v nemocnici. Informace ohledně zdravotního stavu jsou důležité pouze ve vztahu k možným komunikačním či zdravotním omezením, která mohou ovlivnit průběh návštěvy, a která by mu měl poskytnout ošetřující personál. Druhým principem je „Orientace na PŘÍTOMNÝ OKAMŽIK, ne na minulost ani budoucnost pacienta.“ To se týká především toho, že dobrovolník není zodpovědný za život ani za uzdravení pacienta a nemůže sám změnit pacientovu minulost nebo budoucnost. Může pacientovi nejvíce pomoci tím, že se mu bude maximálně věnovat ve chvíli, kdy je s ním. Co pacient z dobrovolnickovy pomoci využije, je jen na něm. Třetím bodem je „Orientace na ČINNOST, ne na výsledek svého působení“. O pacienta se totiž samozřejmě stará celý tým ošetřovatelů, a i když může mít dobrovolníkové působení pozitivní vliv na jeho psychickou pohodu, nemusí se to bezprostředně projevit, nebo se to dobrovolník zpětně nedozví (Manuál Lékořice Dobrovolník v nemocnici, 2016).

### **Základní pravidla dobrovolnické činnosti FNKV**

Vzhledem k tomu, že se jedná o dobrovolnictví ve zdravotnickém zařízení, je zcela zřejmé, že jsou dobrovolníci vázáni celou řadou pravidel. Tato pravidla slouží k tomu, aby



byl program co nejbezpečnější pro všechny strany, tzn. pro pacienty, dobrovolníky i Dobrovolnický program jako takový. Některá pravidla jsou zcela praktická a jasně stanovená, u některých, převážně etických, se občas při supervizích rozvíjí diskuze. Základní pravidla jsou uvedena v Manuálu Lékořice (2016), který obdrží každý absolvent vstupního školení Lékořice. Hlavní zásadou je, že dobrovolník vždy musí respektovat celkový zdravotní a psychický stav pacienta a tomu přizpůsobit délku a náplň návštěvy. Pokud se dobrovolník necítí dobře, návštěvu ruší. Nikdy nesmí s pacienty jakkoli manipulovat, ani jim dávat napít či najíst. Také nesmí pacientům nosit dárky a ani je přijímat. Také je zakázáno dávat pacientům na sebe kontakt. To, co je těžší, je nezbytná práce s vlastními hranicemi. V komunikaci musí být dobrovolníci velice zdatní, nikdy pacientům nesmí nic slibovat apod. Často diskutované téma je fyzický kontakt (podání ruky, pohlazení v případě útěchy atd.). Na to, jestli se dobrovolníci mohou pacientů dotýkat (samozřejmě s dodržением hygienicko-epidemiologického chodu oddělení), se názory různí i mezi samotnými koordinátorkami.

### **Dobrovolnický program na oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných**

Na oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných je dobrovolnický program nejrozvinutější. Vzhledem k tomu, že jsou zde ze všech oddělení nemocnice pacienti hospitalizovaní nejdéle (někdy až několik let), dobrovolníci zde mají velice širokou škálu uplatnění. V roce 2016 strávili dobrovolníci na oddělení 187 hodin čistého času. Většina z dobrovolníků plní roli **společníků u lůžka**, kdy si s pacienty povídají, naslouchají jejich životním příběhům, případně jim předčítají, luští s nimi křížovky a hrají různé hry. Po zaškolení v manipulaci s vozíkem je v letních měsících za dobrého počasí mohou vyvážet ven, což pacienti velice oceňují. Tyto vyjížděky musí pacientovi individuálně schválit lékař. Dobrovolníci také pacientům mohou pouštět filmy na přání v prostorách společné jídelny.

Působí zde také tzv. **speciální dobrovolníci**. Již třetím rokem (od roku 2015) zde probíhají pravidelné **výtvarné dílny**. Tyto dílny probíhají v dopoledních hodinách v prostorách jídelny a vedou je dobrovolnice s koordinátorkami. Je to prostor pro trénování jemné motoriky, estetického cítění, relaxaci i seznámení se a popovídání si s ostatními pacienty, kteří leží na jiných pokojích. Od ledna 2017 také na oddělení probíhá pravidelný skupinový **trénink kognitivních funkcí**, při kterém pacientky a pacienti hravým způsobem

procvičují své myšlení, paměť, vnímání, slovní zásobu apod. Při těchto trénincích dobrovolníci využívají i prvky z reminiscenční terapie.<sup>14</sup>

Dobrovolníci pořádají pro pacienty i **jednorázové akce**. Dvakrát ročně pacienty navštěvují děti z Mateřské školy Olešská. Tyto návštěvy mají obrovský ohlas a podporují mezigenerační dialog. Senioři jsou z návštěvy pětiletých dětí nadšeni. Paní učitelky vždy děti na návštěvu připraví, vysvětlí jim, co je na oddělení čeká a pro každého z pacientů vyrobí dárek, který při návštěvě společně předají. Dobrovolníci a jejich přátelé a známí také obcházejí oddělení FNKV při tematických dnech, jako jsou Vánoce, Tři králové, Mikuláš a Velikonoce. Při každé takovéto návštěvě na každém pokoji zazpívají a zahrají známé lidové písně a každému z pacientů předají dárek a popřejí mu hodně zdraví. K Vánocům a Velikonocům navíc každý dostane přání, které kreslí děti ze Základní školy Olešská. Oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných také pravidelně navštěvuje pěvecký sbor Gambale.

Ve FNKV na oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných a na standardním oddělení Neurologické kliniky probíhá také **canisterapie**. Dobrovolník doprovázený speciálně vycvičeným psem podporuje psychosociální zdraví pacientů a rozvíjí jejich jemnou i hrubou motoriku. Kontakt pacienta se psem přispívá k rozvoji řeči, sociálního citění a zvyšování sebevědomí.

### **Evaluace přínosu dobrovolnické činnosti na Léčebně dlouhodobě nemocných z pohledu pacientů a pacientek**

V roce 2015 proběhl v rámci interní evaluace Dobrovolnického programu FNKV výzkum u pacientek na LDN o přínosu dobrovolníků. Toto šetření schválila náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, vrchní sestra oddělení LDN FNKV i etická komise FNKV.

Realizátorkami průzkumu byly koordinátorky dobrovolníků, které vytvořily dotazník. Tazatelkou byla bývalá dobrovolnice, která dva roky docházela na Neurologickou kliniku. Ptala se deseti pacientek na jejich názor na působení dobrovolníků na oddělení.

U respondentek byl nepoměr v délce hospitalizace na oddělení - čtyři z pacientek byly hospitalizované jen jeden měsíc, ostatních šest více než rok. Dvě z pacientek se s dobrovolníky vůbec nesetkaly, proto jsou jejich odpovědi spíše v teoretické rovině.

---

<sup>14</sup> Reminiscenční terapie je cílená a záměrná práce se vzpomínkami pacientů. Více viz <http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/reminiscenci-terapie/>

Nejstarší pacientce bylo 91 let, nejmladší 78 let. Průměrný věk činil 86,4 let.

Tabulka 2. Soubor respondentů Evaluae přínosu dobrovolnického programu, 2015

pořadí respondentů	délka hospitalizace/měsíc	věk	délka rozhovoru/min.
1	24	90	10
2	24	83	10
3	24	83	10
4	30	90	10
5	1	78	10
6	19	86	20
7	28	88	20
8	1	91	15
9	1	89	10
10	1	86	10

Celkově byly názory respondentů na dobrovolnický program velice kladné, všechny dotazované pacientky označily dobrovolníky za prospěšné. Oceňovaly například to, že právě pro lidi, kteří jsou v nemocnici delší dobu, je to skvělé, protože takto mají styk s venkovním světem. S dobrovolníky si podle jejich slov povídají o všem možném, například o tom, co bylo před patnácti lety, ale také o ostatních pacientech. Přináší jim to styk se světem venku, radost, potěšení, čerpání vitamínu D ze sluníčka i pocit, že za nimi někdo přijde. Jen jedna respondentka řekla, že jí to „ani nic nepřináší“. Na závěr jedna paní dodala, že by si přála, aby chodili dál. „Čím víc jich bude, tím líp.“ Seznam otázek je v příloze č. 1. Ve výsledcích výzkumu (kapitola 5) této diplomové práce jsou názory pacientů blíže rozpracovány a propojeny s průzkumem, který autorka této práce realizovala s dobrovolníky.

### 3.2.3 Motivace k dobrovolnictví

Motivace k pomáhání druhým je značně široký pojem, kterému je věnováno mnoho odborné literatury. Je zřejmé, že dobrovolníci svou činnost nevykonávají pro jakékoli materiální obohacení. Hlavním motivačním faktorem tedy nutně musí být něco jiného a je potřeba podotknout, že pro každého jedince je to něco jiného.

Stručně zde zmíním nejznámější rozdělení motivací k dárcovství a dobrovolnictví, které uvádí Tošner a Sozanská (2001) a které vzniklo na základě výzkumu v letech 1999-

2000<sup>15</sup>. Výsledky výzkumu rozdělují motivaci do tří druhů: konvenční, reciproční a nerozvinutá.

### **Konvenční motivace**

Lidé s konvenční motivací se dobrovolníky stávají na základě morálních norem, které udává jeho nejbližší okolí (rodina, známí), nebo obecná neformální pravidla chování dané společnosti. Tato motivace byla dominantní u 41% českých dobrovolníků. Tato motivace se často vyskytuje u starších osob a u věřících.

### **Reciproční**

Název výstižně napovídá, že dobrovolník s touto motivací očekává, že z této činnosti bude mít i vlastní prospěch. Konkrétně se jedná například o získání nových zkušeností, snaha udržet se v kondici, navázat nové vztahy apod. Dle výzkumu se vyskytuje u 37% dobrovolníků a je patrná hlavně u lidí do třiceti let.

### **Nerozvinutá**

Nerozvinutá motivace se projevuje u 23% dobrovolníků. *„Jde o motivaci, která se omezuje na soubor prvků vytvářejících základní prostor pro rozhodování dobrovolníků. Jde o prvky, jako je důvěra v organizaci, pro niž by měli pracovat, přesvědčení o smysluplnosti dobrovolné práce v konkrétním případě a pocit, že se prostřednictvím dobrovolnictví mohou podílet na šíření dobré myšlenky“* (Tošner a Sozanská, 2001).

Rozdělení motivací dobrovolníků existuje veliké množství. Mezi základní patří například rozdělení na altruistickou a egoistickou motivaci<sup>16</sup>. Dále se můžeme setkat s rozdělením na vnitřní a vnější motivaci. Samozřejmě ale také existují podrobnější dělení. Například Clary a kol. (1998) definovali šest různých motivací, které jsou postaveny na: hodnotovém systému, seberozvoji, společenském ocenění, profesním růstu, sebeobohacení i ochrany sebe sama od negativních pocitů.<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> Tento výzkum uskutečnila NROS (Nadace rozvoje občanské společnosti), AGNES (Agentura neziskového sektoru) a agentura STEM (Ústav empirických výzkumů) ve spolupráci s nadací VIA a občanským sdružením HESTIA (Tošner, Sozanská, s. 47)

<sup>16</sup> tímto rozdělením se hodně zabýval například Green a kol. ve svém výzkumu z r. 1984

<sup>17</sup> vlastní překlad autorky

### 3.3 Ošetřující personál

Součástí multidisciplinárního týmu, starajícího se o pacienta, je samozřejmě ošetřující personál. Jak uvádí Šamánková (2011), péče od jejích poskytovatelů vyžaduje znalosti, tvůrčí přístup, přizpůsobivost, zaujetí a důvěru ve vztahu k práci a schopnosti k rozpoznání té které potřeby. K tomu je nezbytné umět vycházet s lidmi i získat potřebné technické dovednosti.

*„V rámci ošetřovatelství v geriatrii je nevyhnutelné podporovat seberealizaci a autonomii starších osob“* (Hudáková, 2013, s. 94).

Dále autorka zmiňuje, že i když musí ošetřování geriatrického pacienta zohlednit specifika geriatrického věku, prostředí nemocnice nemůže domácí prostředí suplovat. Nezbytné je poskytovat komplexní ošetřovatelskou péči, zahrnující zvyšování soběstačnosti v denních aktivitách, rehabilitační intervence v zájmu zvyšování fyzické aktivity, psychickou podporu a sociálně spirituální aktivity. Také Malíková (2011) poukazuje na fakt, že by měl ošetřující personál pečovat o psychosociální potřeby pacientů, protože holistický přístup může velice ovlivnit kvalitu života ve zdravotnickém zařízení.

Haškovcová (2012) zdůrazňuje nutnost přistupovat ke každému, i těžce nemocnému člověku s respektem a důstojností. V ošetřovatelské praxi je toho možné dosáhnout nejrůznějšími, i zdánlivě malými aktivitami, jako je vhodné oslovování pacientů, společenská korektnost, vzorná péče o hygienu a vše, co vytváří pocit bezpečí, ale také materiální a vztahové jistoty.

Výzkum Morongové (2014), který se zabýval psychosociálními potřebami seniorů z pohledu všeobecných sester, ukázal, že sestry u svých pacientů tyto potřeby vnímají a znají důležitost jejich naplňování. Respondenti s vysokoškolským vzděláním měli o psychosociálních potřebách lepší znalostní povědomost, než sestry s nižším vzděláním. Většina z nich ale uvádí, že v praxi postrádají dostatek času na kvalitnější péči a stejně tak je problémem nedostatek ošetřovatelského personálu.

### 3.4 Návštěvy příbuzných a přátel

Nejdůležitější zázemí často pro seniory představuje právě rodina. Vztahy v rodině, které dobře fungují, jsou pro většinu z nich zdrojem radosti a pocitů bezpečí a jistoty

(Ondrušová, 2009). Často je osamělost způsobena ztrátou životního partnera. Ta se násobí postupným umíráním přátel z řad vrstevníků.

Defamilizace je pojem, který v sobě skrývá nahrazování neformální péče rodiny službami, které jsou formální a poskytují ji profesionálové a instituce. Pokud instituce (pobytové služby) podpoří odpovědnost rodiny za péči a vytvoří pro ni vhodné podmínky, mohou se členové rodiny stát součástí modelu sdílené péče a právě ne pouze modelu defamilizace. (Janečková, 2013).

Janečková (2013, s. 80) v článku o roli rodinných vztahů v institucionální péči o seniory uvádí, že ti, kteří mají se svými dětmi dobré vztahy, přijímají a zvládají své zdravotní problémy lépe. „*Je zřejmé, že jde o sociální status seniora, o smysl života a jeho naplnění.*“

Stříteská (2015) vyzdvihuje důležitost rodiny. Právě při hospitalizaci je proto velice důležité, aby možnost kontaktu se členy rodiny zůstala téměř neomezená, neboť samozřejmě dochází k částečnému narušení těchto vazeb (změna četnosti i intenzity styku s rodinou). A to právě také může mít negativní vliv na průběh léčebného procesu. Reakce rodiny na hospitalizaci může být různá, narušení vztahu může vzniknout ze dvou příčin. Pokud je kontakt omezen, může mít senior pocit osamocení a opuštěnosti. Pokud ale za nemocným přicházejí i členové širší rodiny, může v něm paradoxně vzniknout pocit, že se s ním všichni chtějí vidět ještě předtím, než zemře a tudíž že je jeho zdravotní stav horší, než jaký je reálně.

Pichaud a Thareauová (1998) vysvětlují, že příběh rodiny nikdy neznáme celý, protože v něm vždy může být něco nevyřčeného a nevědomého. Proto i když jsme někdy svědky opravdu nehezkého zacházení s rodinnými příslušníky (například dcera navštíví svou matku jen v den, kdy pobírá důchod), nemůžeme takovéto jednání soudit, a to i přestože nejde pochopit, natož hájit.

Senior je v mnoha případech ohrožen sociální izolací. Janečková (2013) uvádí, že právě rodina je často jedinou formou sociálního začlenění seniora.

## **4 Přínos dobrovolníků při naplňování potřeb pacientů na LDN – průzkumné šetření**

### **4.1 Cíl průzkumného šetření**

Hlavním cílem průzkumného šetření v rámci této diplomové práce je zmapovat subjektivní pohled dobrovolníků na psychosociální potřeby seniorů, kteří jsou hospitalizováni v léčebně dlouhodobě nemocných ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Konkrétně se zaměřím především na to, jaké psychosociální potřeby pacientů dobrovolníci vnímají při svých návštěvách u nemocných a jakou roli oni sami hrají v jejich naplňování.

Dílčím cílem 1 je vyhodnotit, do jaké míry se zjištění získaná z průzkumného šetření u dobrovolníků shodují s názory pacientů na přínos dobrovolníků. V rámci interní evaluace Dobrovolnického programu z roku 2015 vznikl průzkum názorů pacientů na práci dobrovolníků, jehož poznatků při vypracování této práce využívám. Na tomto průzkumu jsem spolupracovala při tvorbě struktury rozhovoru a při vyhodnocování dat.

Dílčím cílem 2 je odhalit, s jakými těžkostmi se dobrovolníci při své činnosti setkávají.

Dílčím cílem 3 je zjistit, jestli sami dobrovolníci mají nápady, v jakých oblastech by se jejich činnost mohla zlepšovat a jaké další aktivity by na odděleních mohli realizovat, a tím přispívat k naplňování potřeb pacientů.

Dílčím cílem 4 je zmapovat motivaci dobrovolníků k jejich činnosti. Vzhledem ke skutečnosti, že pracuji jako koordinátorka dobrovolníků, jsem přesvědčena, že získané poznatky pomohou jak v přímé práci s nimi, tak i při školení nových zájemců o dobrovolnictví.

Celkově mi získaný přehled o dané problematice také pomůže lépe zacílit propagaci myšlenky, že pomáhání druhým má smysl, v rámci široké veřejnosti a pomůže mi lépe její členy motivovat k proaktivnímu občanství.

## **4.2 Metodika průzkumného šetření**

Tento průzkum je kvalitativní. Jak uvádí Kutnohorská (2009), jde o nematematický analytický postup, který analyzuje zkoumané jevy a odhaluje spojení a závislosti elementárních složek, charakterizuje jejich celostní strukturu a interpretuje smysl nebo funkci, kterou plní. Kvalitativní výzkum tudíž umožňuje poznání širšího kontextu jevů, které badatelé zkoumají. Zdůrazňuje také důležitost lidské interpretace událostí a zkušeností.

Kutnohorská (2009) dále zdůrazňuje, že u kvalitativní výzkumné metody si soubor respondentů, který je poměrně malý, neklade nároky na statistickou reprezentativnost. Vzorek je vybírán záměrně a odvíjí se od formulování výzkumného problému.

## **4.3 Zvolená metoda průzkumného šetření**

Jak již bylo uvedeno výše, v rámci průzkumu je uplatňována kvalitativní metoda. K získání dat byla použita polostrukturovaná forma rozhovoru. S každým z respondentů jsem vedla rozhovory individuálně. Formulace otázek byla propracována tak, aby otázky byly otevřené, zněly neutrálně a respondenti nemohli být manipulováni předjímáním „správných“ odpovědí. Pro toto šetření jsem vytvořila originální strukturu rozhovoru, která obsahovala 12 otázek, viz příloha č. 1. Odpovědi respondentů jsem zaznamenala na předtištěný arch papíru s otázkami a ihned poté je přepsala do elektronické podoby.

V úvodu rozhovoru jsem respondenty seznámila s účelem dotazování a ujistila je o anonymitě získaných dat.

## **4.4 Realizace průzkumného šetření**

Realizaci průzkumného šetření schválila paní náměstkyně pro ošetrovatelskou péči i vrchní sestra oddělení LDN.

Všechny polostrukturované rozhovory jsem vedla osobně. Jak již bylo zmíněno výše, pracuji jako koordinátorka dobrovolníků. Se všemi respondenty se tedy osobně znám. V období, kdy probíhal sběr dat, konkrétně v březnu 2017, docházelo na oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných osm dobrovolníků. Získala jsem rozhovory od sedmi z nich. Osmý dobrovolník byl v období, kdy probíhal sběr informací, časově velmi vytížen.

Nejprve jsem oslovila všechny dobrovolníky, kteří v dané době pravidelně docházeli na LDN ve FNKV, s prosbou o spolupráci při tvorbě této práce. Respondenti byli nejprve seznámeni s účelem rozhovoru a poté byla s každým z nich individuálně domluvena schůzka

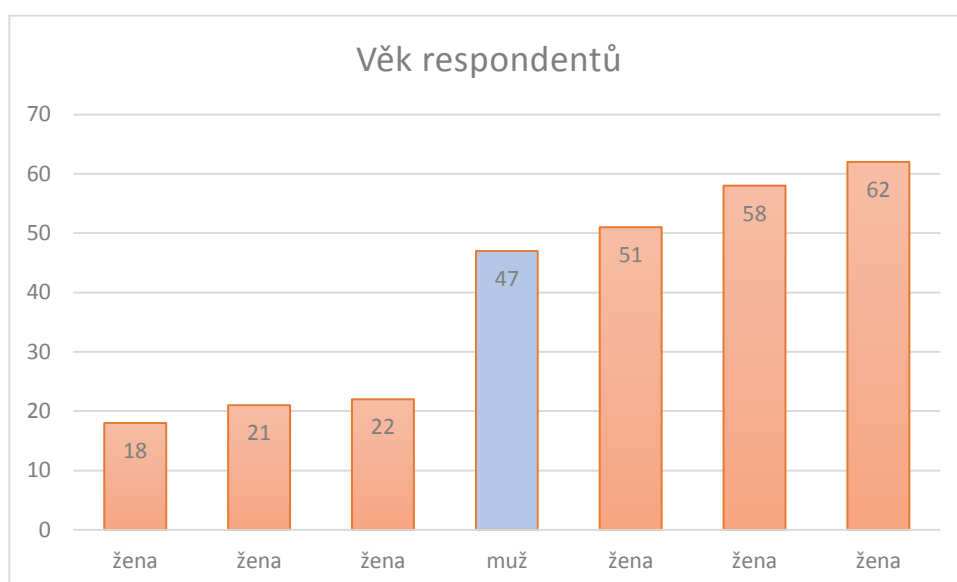


včetně uvedení místa konání i doby rozhovoru. Rozhovory probíhaly v klidném prostředí s dostatečným soukromím.

Respondenti měli k vyjádření dostatek času, průměrně rozhovory trvaly patnáct minut.

#### 4.5 Charakteristika souboru respondentů

Respondenty byli dobrovolníci, kteří v březnu roku 2017 aktivně docházeli do léčebny dlouhodobě nemocných Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Z celkového počtu osmi aktivních dobrovolníků poskytlo rozhovor sedm z nich. Všichni jsou dobrovolníky přicházejícími za pacienty pravidelně a všichni splňují veškerá stanovená kritéria, tedy mají uzavřenou dohodu o dobrovolnické činnosti s Dobrovolnickým programem FNKV, obsahující mlčenlivost a kodex. Všechny náležitosti jsou popsány v kapitole 3. 2.

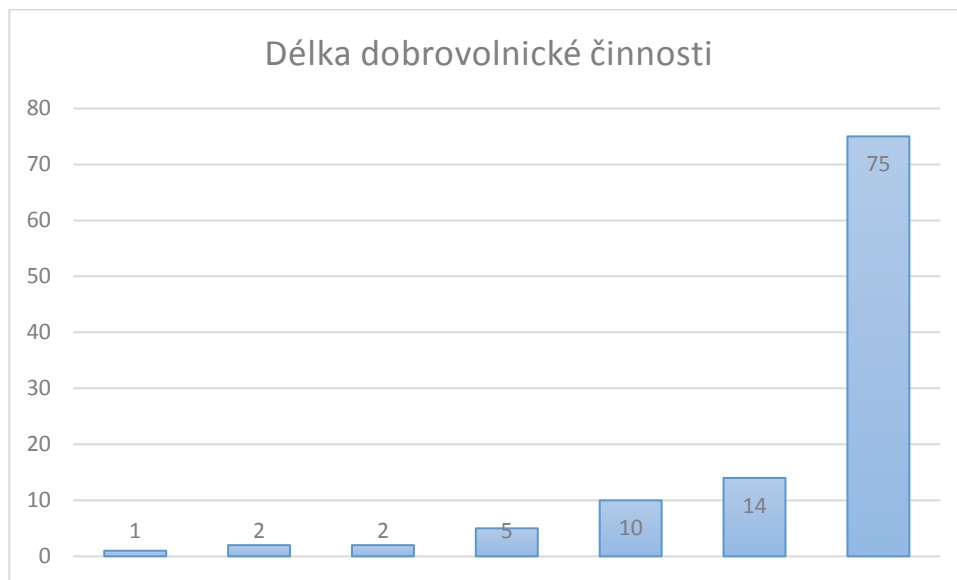


I. graf: Věk respondentů

Šetření se zúčastnilo šest žen a jeden muž. Nejmladší dobrovolnici je 18 let, nejstarší 62 let. Věkový průměr dobrovolnic je 38 let, dobrovolníkovi je 47 let.

Dobrovolníci vykonávají širokou škálu povolání, což lze vidět i na diverzitě zkoumaného vzorku dobrovolníků, tedy respondentů tohoto průzkumu. Dvě z uvedených dobrovolnic jsou studentky. Jedna je studentkou střední školy, která zvažuje možnost studia medicíny, druhá je v prvním ročníku oboru psychologie na vysoké škole. Další z dobrovolnic se aktuálně připravuje na přijímací zkoušky na vysokou školu. Jedna z respondentek pracuje jako ředitelka základní školy, jiná jako úřednice v bance. Další respondent pracuje jako specialista Network Monitoring Center u České telekomunikační

infrastruktury. Dobrovolnice, které je šedesát dva let, je již v důchodu, přičemž většinu svého profesního života působila ve Státním zdravotním ústavu.



2. graf: Délka dobrovolnické činnosti

Svou roli ve zkušenostech dobrovolníků jistě hraje i doba, po kterou dobrovolnickou činnost vykonávají. Tři respondenti byli v době výzkumu v Dobrovolnickém programu krátce – jeden až dva měsíce. Jeden působil jako dobrovolník pět měsíců, další deset měsíců a jeden čtrnáct. Respondent č. 2 je dobrovolníkem již od roku 2011, tedy sedmdesát pět měsíců (více než šest let).

#### 4.6 Metodika zpracování dat

Vyhotovila jsem elektronický přepis všech sedmi rozhovorů. Z nich jsem pak vytvořila soubor poznámek o tématech, která se v rozhovorech často objevovala. Kvalitativní data jsem zpracovala zakotvenou teorií a odpovědi respondentů zakódovala metodou in vitro.

## 5 Výsledky a jejich analýza

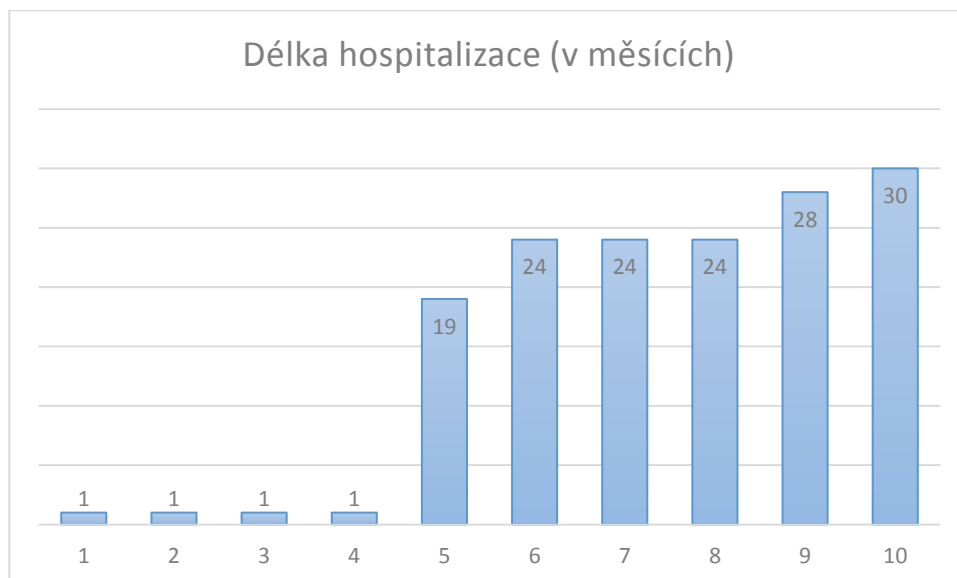
Tato kapitola interpretuje a analyzuje výsledky, které z polostrukturovaných rozhovorů s dobrovolníky vyplynuly. Tyto výsledky jsem srovnala s názory, které mají na působení dobrovolníků pacienti – viz nepublikovaný průzkum „Evaluace přínosu dobrovolnické činnosti na Léčebně dlouhodobě nemocných z pohledu pacientů a pacientek“ z roku 2015, blíže popsany v kapitole 3.2.2 – Dobrovolnický program ve FNKV (dále jen „evaluace“). Oba průzkumy vznikly v rozdílném čase s odstupem jednoho kalendářního roku. Jsem však toho názoru, že jejich výsledky lze komparovat, a to z toho důvodu, že náplň dobrovolnických návštěv zůstává více méně konzistentní, i když se dobrovolníci i pacienti na oddělení mění.

V názvu každé podkapitoly je uvedeno dílčí téma, a za ním následuje pohled dobrovolníků a pohled pacientů. Pro lepší přehlednost a orientaci v textu v závěru podkapitol názory dobrovolníků a pacientů srovnávám. V závěru celé kapitoly všechny výsledky shrnuji.



3. graf: Věk pacientek

Soubor pacientek označuji jako „Soubor 2“. Tvoří jej deset respondentek ve věku od 78 let do 91 let.



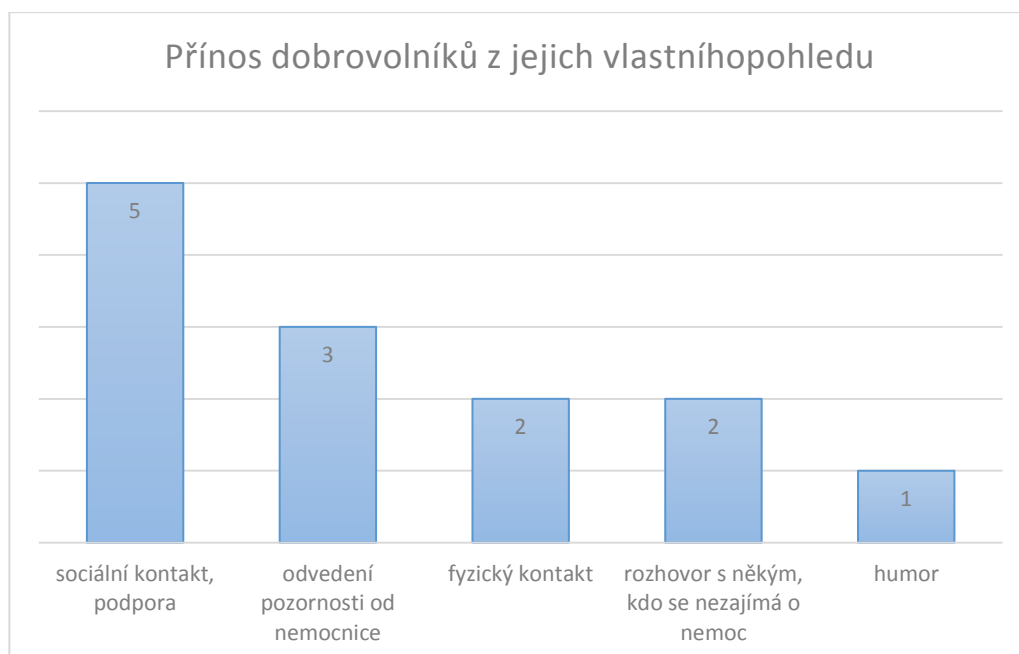
4. graf: Délka hospitalizace (v měsících)

Čtyři z respondentek byly hospitalizované méně než jeden měsíc, jedna 19 měsíců, tři pacientky byly na LDN 24 měsíců, jedna 28 měsíců a nejdelší doba hospitalizace byla 30 měsíců.

## 5.1 Potřeby pacientů a jejich naplňování

### 5.1.1 Přínos dobrovolníků z jejich vlastního pohledu

Nejrelevantnější pro cíle průzkumného šetření je otázka č. 5: „Co pacienti podle Vašeho názoru potřebují?“



5. graf: Přínos dobrovolníků z jejich vlastního pohledu

Nejčastější odpovědí bylo, že pacienti potřebují **lidský kontakt** (respondenti č. 1, 3, 4, 6, 7). Respondentky č. 1 a 4 se shodly, že velice důležitý je kontakt s někým mimo nemocniční prostředí a pocit, že se mají na koho těšit. Cítí naléhavou potřebu mluvit s někým, kdo se nezajímá o jejich nemoc. Respondentka č. 3 zdůrazňuje důležitost pocitu, že přišel někdo přímo za daným pacientem a má na něj/ni čas, který je vyhrazen jen pro něj/ni. Respondentka č. 1 uvádí, že jí někdy pacienti dokonce děkují za to, že jí mohli říct něco, co měli na srdci a neměli to komu říct. Z odpovědí tedy jednoznačně vyplývá, že to, co pacienti nejvíce potřebují, je **sociální podpora** (viz kapitola 2.1 ).

Respondenti č. 6 a 7 vyzdvihují i **kontakt fyzický** – dotek. I když za pacienty mohou často chodit návštěvy, je pro ně fyzický kontakt od dobrovolníka vítaný. Podle respondenta č. 6 je pokaždé, když přijde do jakéhokoli pokoje, někdo na návštěvě a rovněž všichni pacienti mluví o tom, že za nimi někdo chodí. Respondenti péči rodin velmi oceňují, protože si uvědomují, že vzniklá situace musí být pro členy rodiny velmi těžká, a proto je hezké, že si i v dnešní uspěchané době najdou čas, a za svými blízkými docházejí.

U třech respondentů (č. 2, 5, 7) se v odpovědi na otázku číslo 5 vyskytuje potřeba „**odvedení pozornosti od nemocnice**“. Respondent č. 2 toho dosahuje prostřednictvím empatického rozhovoru, protože podle něj pacienti a pacientky potřebují odvést myšlenky od stereotypu nemocnice, rozptýlit černé myšlenky i ukrátkit dlouhý čas. Dle respondenta č. 7 nemocní potřebují *zapomenout, že jsou v nemocnici, potřebují si zavzpomínat na mládí a vypovídat se*. Upozorňuje také na skutečnost, že jejich vyprávění často rodinní příslušníci znají, kdežto pro dobrovolníky je nové, a proto jim jej pacienti rádi vyprávějí.

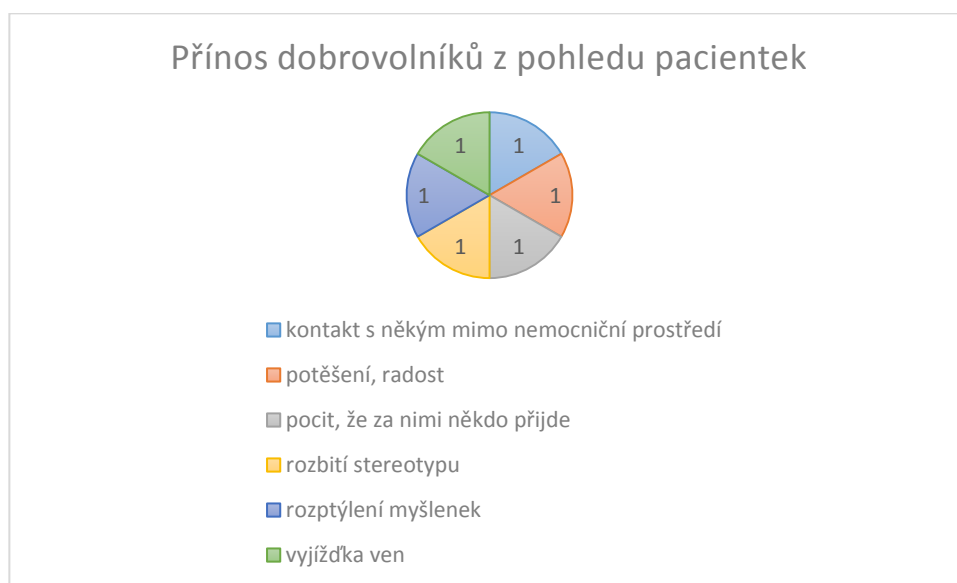
Respondent č. 6. také zdůrazňuje potřebu **humoru**. *„Jednou jsem tam třeba potkala paní, která bývala hadí ženou. A ta se mě ptala, jestli chci vidět, kam až si dá nohu. Bála jsem se, ať si nic neudělá, ale pacientka vedle mě ujistila, že to nebude ukazovat poprvé. No a ta devadesátiletá paní si tu nohu dala až k nosu. A tak jsme se všechny smály a bylo nám fajn.“*

### 5.1.2 Přínos dobrovolníků z pohledu pacientek

V evaluaci mělo všech deset pacientek (soubor respondentů sestával pouze z žen) na dobrovolníky pozitivní názor. Vyjádřily to hned v odpovědi na první otázku „Co si o dobrovolnictví jako takovém myslíte?“. V odpovědích se vyskytují například formulace, že *„je to užitečné“*, *„je to výborná věc“*, *„dobrý nápad“* a *„je to prima věc“*. Pacientka, která byla na oddělení hospitalizována třicet měsíců, tedy nejdéle ze všech dotazovaných,

konstatuje, že „jsou příjemní, hodní, občas nás navštíví. Je potřeba na to čas, nemůže to dělat každý, potřebují velkou slovní zásobu, aby se mohli bavit o více věcech.“

Konkrétně tématu přínosu dobrovolníků byla věnována otázka č. 5, která zněla „Přináší Vám čas trávený s dobrovolnicí/dobrovolníkem něco?“ Šest patientek odpovědělo, že jim návštěvy dobrovolníků něco přinášejí, jedna konstatovala, že „ani ne“ a tři respondentky na otázku neodpověděly. Z těchto tří respondentek dvě neodpověděly proto, že se s dobrovolníky osobně nesetkaly.



6. graf: Přínos dobrovolníků z pohledu patientek

Je zajímavé, že každá ze šesti patientek, které v dobrovolnictví vidí přínos, jej vnímá v něčem jiném. Respondentka č. 3 uvádí, že je pro ni nejpodstatnější styk se světem „venku“. Je to podle ní skvělé hlavně pro lidi, kteří jsou v nemocnici delší dobu. Sama byla na oddělení hospitalizována dva roky. Respondentce č. 4 dobrovolníci podle jejích slov přinášejí potěšení a radost. Respondentka č. 5 pak vyzdvihuje příjemný pocit z toho, že za nimi někdo přijde, a že čas není tak jednotvárný. Respondentka č. 8, hospitalizovaná necelý měsíc, konstatuje, že jí návštěva dobrovolnice něco přinesla, neboť po jejím odchodu přemýšlela o různých věcech, co jí dobrovolnice řekla, a v duchu si pak povídala sama se sebou. Respondentka č. 7 pak bere přínos dobrovolníků značně pragmaticky. Podle jejích slov je díky nim na sluníčku a čerpá vitamín D. Pozn. autorky: Dobrovolníci pacienti mohou vyvážet na projížďky do parku FNKV.

### 5.1.3 Shrnutí dílčího tématu – přínos dobrovolníků

Dobrovolníci i pacienti se shodli na tom, že pro pacienty je nesmírně důležitý kontakt s někým mimo nemocniční prostředí. Dobrovolník č. 3 se shoduje s pacientkou č. 6 v tom,

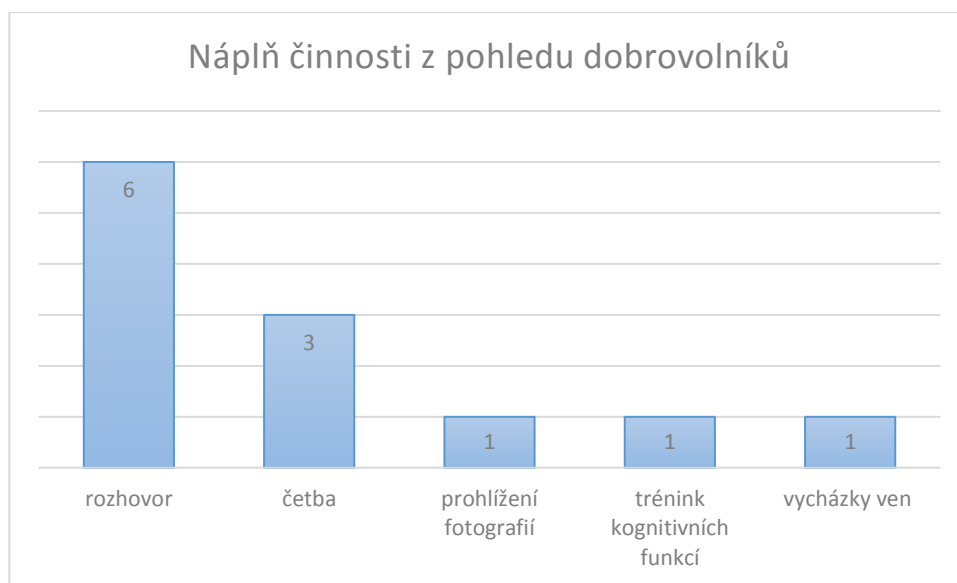
jak důležitý je pocit, že někdo přijde přímo za nimi. Tuto sociální podporu vnímá jako velmi důležitou většina dobrovolníků (5 ze 7), u pacientek je zmíněna čtyřikrát. Dva dobrovolníci kladou důraz i na kontakt fyzický, kdežto z pacientek tuto potřebu ani jedna nezmínila. U obou skupin je rovněž zmiňována potřeba odvedení myšlenek od nemocnice – zavzpomínání, případně nové podněty k přemýšlení o jiných věcech.

Dobrovolníci tedy pomáhají naplňovat potřeby pacientů především v sociální oblasti. Přinášejí jim nové podněty, naslouchají životním příběhům, vyjadřují jim svou podporu a snižují pocit osamělosti. Kromě toho vnášejí na oddělení odlehčení a humor.

## 5.2 Náplň dobrovolnické činnosti

### 5.2.1 Náplň činnosti z pohledu dobrovolníků

Přínos dobrovolníků zjevně vyplývá z náplně jejich činnosti. Na tu byla zaměřena otázka č. 3: „**Jak byste popsal/a svou činnost na LDN?**“ Dobrovolníci v odpovědích zaznamenávali, co s pacienty nejčastěji při návštěvách dělají.



7. graf: Náplň činnosti z pohledu dobrovolníků

Téměř všichni respondenti (č. 1, 2, 3, 4, 6, 7) se shodli, že základem jejich dobrovolnické návštěvy jsou rozhovory s pacienty. Respondent č. 7 vyzdvihuje význam nejen povídání si s pacienty, ale hlavně naslouchání pacientům. Podobně to vidí respondent č. 2, který uvádí, že je „často pro ně vrba, když je něco trápí.“

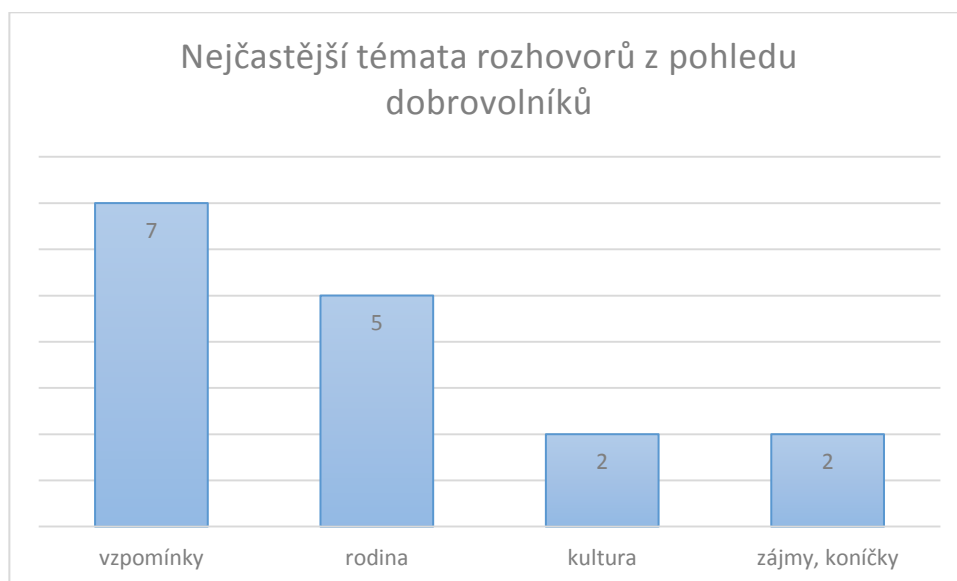
Rozhovor jako náplň neuvedla pouze respondentka č. 5, jelikož je tzv. specializovaná dobrovolnice, která dochází na oddělení každý týden ve středu dopoledne a vede skupinové

trénování kognitivních funkcí. Při těchto společných sezeních logicky na osobní rozhovory nezbývá moc času. Trénink kognitivních funkcí je v této práci zmíněn v kapitole 3.2.2

Respondenti č. 1, 2 a 7 pacientům někdy předčítají, respondent č. 1 uvádí i to, že s nimi i luští křížovky, prohlíží fotografie a také je bere ven na vycházky.

Co dobrovolníci vnímají jako obzvlášť důležité je to, že pacientům vyplňují a zpříjemňují čas, který tráví v nemocnici (respondenti č. 2 a 3). Oba respondenti také zmiňují poskytování psychické podpory, respondent č. 3 pak přidává i blahodárny vliv fyzického kontaktu. *„Když je někdo smutný, třeba ho jen podržím za ruku. Někdy i u těžších pacientů, kteří například nemluví po mrtvici, je důležité popovídat si s nimi v jejich světě, pomůže jim to odreagovat se“.*

Na otázku č. 3 navazuje otázka č. 7, která byla zaměřena přímo na průběh rozhovorů, na které je většina dobrovolnické činnosti zaměřena a zněla **„Jaká témata se při rozhovorech nejčastěji objevují?“**



8. graf: Nejčastější témata rozhovorů z pohledu dobrovolníků

Všichni dobrovolníci se shodli, že s nimi pacienti rádi vzpomínají. Převážně vzpomínají na důležité události a na lidi, kteří v jejich životě sehráli důležitou roli, na práci i na kolegy, na dětství a mládí, a často vyprávějí o svých vzpomínkách na válku. *„Třeba teď nedávno bylo výročí toho, jak nás napadli Němci, o tom se mi zmínily nezávisle na sobě hned tři paní. Uvědomila jsem si, co vlastně prožily, těch změn v životě. Je krásné z toho čerpat.“* (respondent č. 6).



Jako časté téma hovorů respondenti (č. 1, 2, 3, 4, 7) uvádějí rodinu. Dle respondenta č. 1 si pacienti velmi rádi povídají o své současné rodině, především o vnoučatech a pravnoučatech. Respondent č. 3 vidí jako specifikum rozhovorů se seniory skutečnost, že v rozhovorech o rodině musí být dobrovolníci nesmírně opatrní, mimo jiné z toho důvodu, že pacienti jsou již ve věku, kdy už i třeba jejich děti nežijí.

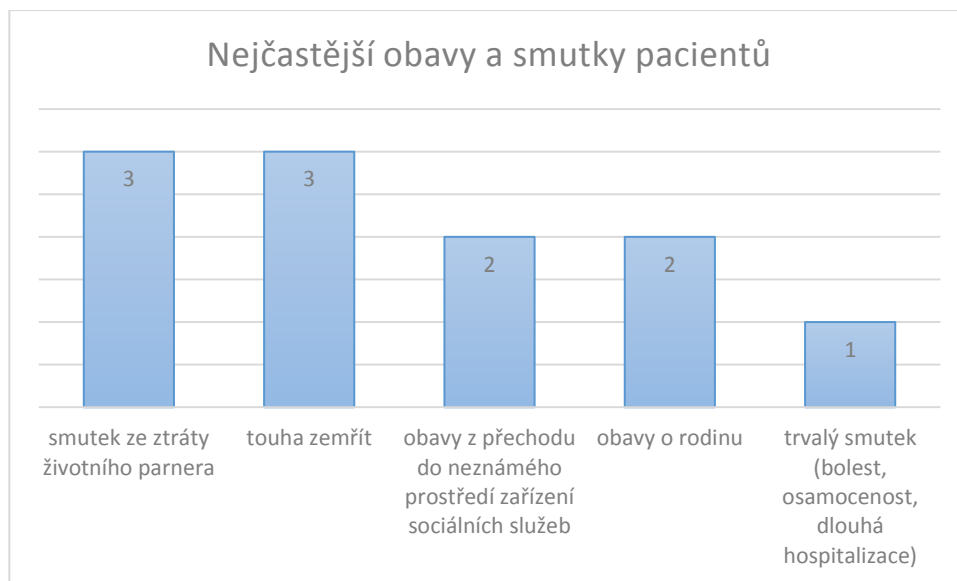
Právě respondent č. 3 v této souvislosti upozornil na zajímavý fakt, se kterým se dobrovolníci při své činnosti občas setkávají. *„Jednou tam třeba byla paní, která mi vyprávěla o snech, které se jí zdají o jejím manželovi. Snila a vzpomínala na něj, ale bez patosu, hrozně hezky. S ní jsem si uvědomila, že lékařská věda někdy opravdu prodlužuje život. Ta paní totiž říkala, že už tu nemá pro koho žít a těší se za manželem.“* Tímto respondentka poukazuje na časté etické dilema zdravotníků, o kterém se v akademických kruzích hojně diskutuje. Paliativní péče je v současnosti na vzestupu a také v nemocnicích se utvářejí speciální multidisciplinární paliativní týmy, ve kterých jsou lékaři, ošetřující personál, speciální paliativní sestry i sociální pracovníci. Přechod z kurativní péče do péče paliativní je totiž předmětem častých diskuzí, v praxi ale vidíme, že je tento trend zatím v začátcích.

Respondent č. 2 vyzdvihuje jedinečnou roli dobrovolníků jakožto „neznámých posluchačů“, když říká, že *„nám i často o té své rodině řeknou víc, protože jsme cizí, takže se před námi tolik nestydí.“*

Častým tématem je podle respondentů č. 2 a 4 také kultura a oblíbené slavné osobnosti (hlavně Karel Gott). Pacienti rádi hovoří o svých koníčcích, kterým se dříve věnovali a na které se těší. Mezi ně patří hlavně vaření, zahrádkaření, cestování, sporty nebo péče o domácí mazlíčky.

Jak je uvedeno v charakteristice pacienta LDN v kapitole 1.4, pobyt v nemocnici může být pro pacienty značně náročnou zkušeností. Zeptali jsme se proto dobrovolníků, jestli se jim pacienti svěřují také svými **obavami a smutky**. Otázka konkrétně zněla **„Svěřují se Vám pacienti se svými obavami a smutky?“**

Dobrovolníci si velmi dobře uvědomují, že jejich hlavním kolem je odvést pacientovu pozornost od nemoci a naopak se soustředit na to, co daný člověk v nastalé situaci může (podrobněji viz podkapitola 3.2.2). Přesto se při rozhovorech nezřídka objevují i náročná témata související s pacientovou nesnadnou situací, neboť pacienti cítí potřebu hovořit i o věcech, které je trápí.



9. graf: Nejčastější obavy a smutky pacientů

Většina respondentů uvedla, že se jim pacienti se smutky a obavami svěřují. Pouze dobrovolnice, která vede trénink kognitivních funkcí a neúčastní se tedy přímo rozhovorů s pacienty, konstatovala, že na to v rámci její aktivity není prostor.

Tři dobrovolníci hovoří o tom, že se jim pacientky často svěřují se smutkem ze ztráty životního partnera. Tento smutek, který je často zmiňován i v odborné literatuře, patří k jedné nejzávažnějších strastí seniorského věku. O pocitu osamocení pacientů pobývajících v LDN se v této práci píše v podkapitole 1.4.5. Respondent č. 2 udává i konkrétní příklad: „Jednou tam třeba byla paní, který umřel manžel, který byl hospitalizovaný na vedlejším pokoji. To jsme tam zrovna byli zpívat před Vánoci. To jsem ani nezpíval, jenom jsem jí chytl za ruku a byl tam s ní, to bylo smutný.“

Respondent č. 1 u některých pacientek vnímá trvalý smutek. „Z toho, že tam jsou dlouho, nemají muže a všechno je bolí. Občas třeba mluví i o úmrtí jejich kamarádky na vedlejší posteli. Na to se ani nedá nic říct, to se dá opravdu jen vyslechnout.“

Největší obava, která se u pacientek často objevuje a se kterou se dobrovolníkům svěřují, se týká jejich vlastní rodiny. Přáním pacientek je to, aby to jejich děti měly co nejjednodušší. Dle slov respondenta č. 3 se nebojí smrti „ale spíš toho, jak to zvládnou děti. (i třeba praktické věci, jako je byt apod.). Obávají se budoucnosti, ale zase z hlediska dětí, ne sebe.“ Respondent č. 7 se zmiňuje o jedné pacientce, která je nevidomá a která se velice bojí, aby rodině nebyla na obtíž. Za touto paní chodí každý den dcera a své matce vypráví o tom, že přestavuje dům, aby se tam mohla vrátit. Pacientka je ale hospitalizovaná už rok a podle jejích slov si je sama vědomá toho, že už to lepší nebude.

Respondenti č. 3, 6 a 7 uvedli, že se někdy setkávají s pacienty, kteří chtějí umřít. Zde respondentka č. 6 zdůraznila to, že se je snaží motivovat a převést jejich pozornost na nějaké pozitivnější téma.

Dva respondenti (č. 2 a 3) se setkali i s obavami z budoucího neznámého prostředí. Někteří pacienti jsou před přechodem do zařízení sociálních služeb (nejčastěji domovy pro seniory) a obávají se toho, jak to tam bude probíhat, s kým budou na pokoji apod.

### **5.2.2 Pravidelné a jednorázové aktivity dobrovolníků**

Dobrovolnický program FNKV také pořádá pravidelné i jednorázové akce pro pacienty nemocnice. V LDN probíhají 1x týdně dva druhy společných dopoledních aktivit: výtvarné dílny a trénink kognitivních funkcí. Obě aktivity trvají 60 minut. Výtvarné dílny již rok a půl pořádají koordinátorky dobrovolníků, v tomto průzkumném šetření tedy zahrnutý nejsou. Dobrovolnice, která vede trénink kognitivních funkcí, mi rozhovor poskytla. Jednorázové akce pořádáme při příležitosti významných svátků v roce – Vánoce, Tři Králové, Velikonoce a Mikuláš. Při těchto dnech obcházíme s dobrovolníky a přáteli všechny pokoje na LDN (a jiných odděleních) a zpíváme lidové písně. Každý z pacientů od nás vždy dostane symbolický dárek. Pacienty na LDN také pravidelně 1x za půl roku navštěvují děti z Mateřské školky Omská.

V průběhu rozhovorů jsem se ptala dobrovolníků, jestli o těchto aktivitách vědí. Zajímalo mě také, jestli mají nápad na aktivity, které na LDN neprovozujeme, a pacienti by o ně mohli mít zájem.

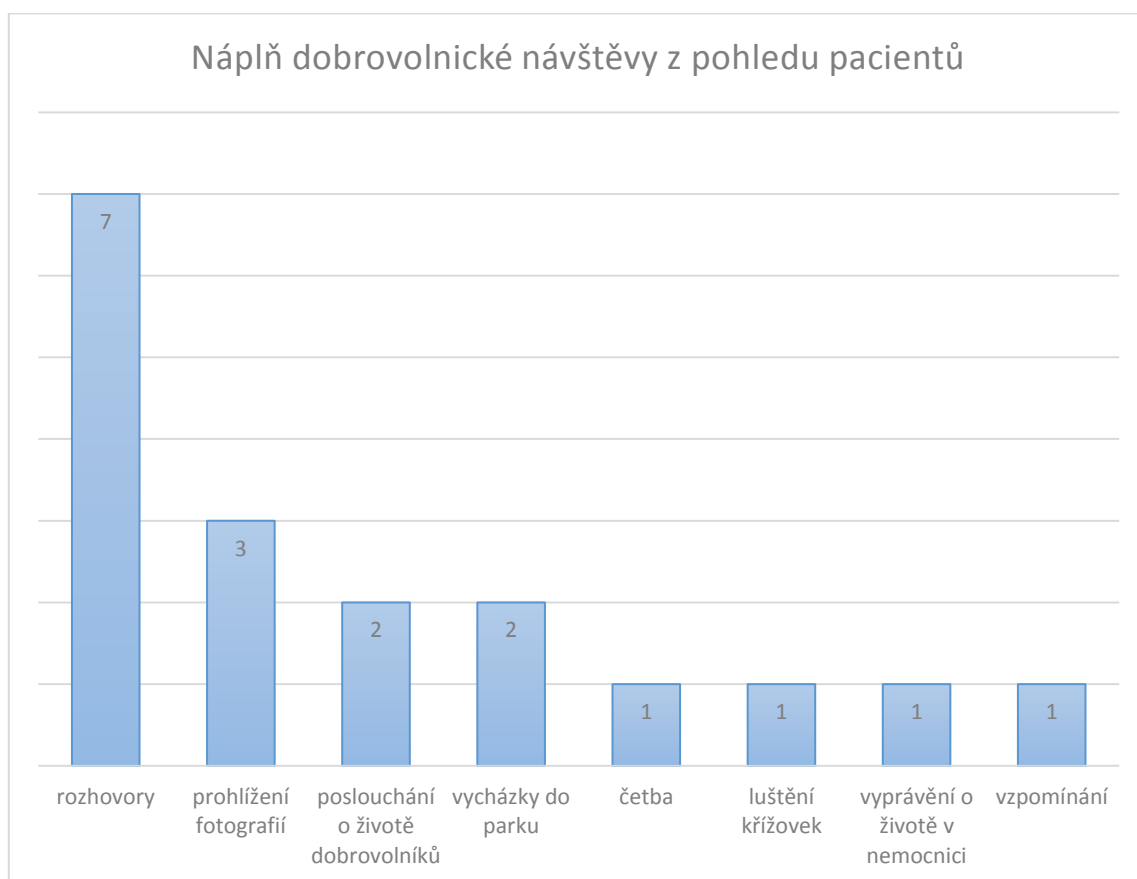
Šest dobrovolníků ví o výtvarných dílnách. Dva respondenti (č. 1 a 2) se účastní jednorázových zpívání. Respondentka č. 3 velmi vyzdvihuje návštěvu dětí z mateřské školky, ze které jsou dle jejích slov, pacienti „*naprosto nadšení*“. Po jejich návštěvě jí ukazovali i vyrobené dárečky, které od dětí dostali. „*Je to takový multigenerační dialog a třeba i těm pacientům supluje právnoučata, když to ne vždy v těch rodinách funguje.*“

Dva nápady na rozšíření aktivit byly od respondentů č. 1 a 2. Oba se shodli, že by bylo dobré začít dělat pravidelné poslechové sezení, při nichž by se pouštěla oblíbená hudba pacientů. Pokud by měli zájem, mohli by při nich i sami zpívat. Respondenta č. 2 k tomuto nápadu přivedlo zhlédnutí dokumentu z roku 2014 s názvem „Alive inside“, v českém

překladu „Uvnitř na živu“, který se zabývá aktivizací lidí s Alzheimerovou chorobou<sup>18</sup> pomocí muzikoterapie.

Druhou možnou aktivitou, která by podle respondenta č. 2 mohla být pacienty hodnocena pozitivně a která prozatím na LDN není, je společné hraní her. Tím by pacienti přišli na jiné myšlenky, seznámili se mezi sebou a strávili s ostatními příjemný čas, který by mohl být plný zábavy.

### 5.2.3 Náplň dobrovolnické návštěvy z pohledu pacientů



10. graf: Náplň dobrovolnické návštěvy z pohledu pacientů

Z daného souboru deseti respondentů těch sedm pacientek, které se s dobrovolníky setkaly, konstatovaly, že si s nimi povídají. U dvou pacientek žádný z dobrovolníků nebyl, protože byly hospitalizovány krátkou dobu, a poslední pacientka si při rozhovoru žádnou návštěvu dobrovolníka nevybavila.

<sup>18</sup> „Alzheimerova nemoc narušuje část mozku a způsobuje pokles takzvaných kognitivních funkcí – myšlení, paměti, úsudku. Bývá nejčastější příčinou demence, která vede postupně k závislosti nemocného na každodenní pomoci jiného člověka.“ (<http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/>, cit 28. 4. 2017)

Některé respondentky dobrovolníkům samy vyprávějí o nejruznějších tématech, jiné oceňují to, když dobrovolník vypráví, například o svém zaměstnání nebo rodině, a ony poslouchají. To dokládá i tento úryvek z jednoho z rozhovorů: *„Povídaly jsme si o všem možném. Ptala se na různé věci, studovala, tak o tom mluvila. Co jsem věděla, to jsem jí řekla, co ne...no tak ne. Ale to jsme se nasmály! Ale víte, já jsem spíš posluchač než řečník.“* Jiná pacientka dobrovolníkům vypráví o *„sportech, zájezdech, o životě v nemocnici, o pacientech, o sobě, jak chodím sama pěšky po schodech. Už jsem to zvládla osmkrát.“* Třikrát se pacientky také zmínily o tom, že dobrovolníkům rády ukazují své obrázky a fotky. Jen jedna z nich uvedla, že s dobrovolníky vzpomíná i na to, co se stalo třeba před patnácti lety. Respondentka č. 1 zdůraznila, že s dobrovolníky může mluvit o všem, co je předmětem jejího zájmu. Na otázku, jestli obsah návštěvy odpovídá tomu, co si přejí, odpověděly všechny pacientky kladně. *„Vyhovuje mi to tak, jak to je. Někdy se bavíme o tom, co nás zajímá, a někdy nabízí témata dobrovolník.“* Dvě respondentky uvedly i to, že s dobrovolníky rády chodí ven do parku. Jedna pacientka zmínila, že ji baví společně s dobrovolníkem luštit křížovky a další, že jim dobrovolník předčítal z knihy.

#### **5.2.4 Shrnutí dílčího tématu – náplň dobrovolnické činnosti**

Dobrovolníci i pacienti se shodují, že hlavní náplní dobrovolnických návštěv je rozhovor. Úkolem dobrovolníků je pacientům naslouchat, zpříjemnit jim čas, který tráví ve zdravotnickém zařízení, a odvést jejich pozornost od nemoci. Kromě povídání dobrovolníci s pacienty luští křížovky, předčítají jim, prohlížejí si fotografie a vozí je ven do nemocničního parku.

Častým tématem hovoru je rodina pacientů, někdy i samotných dobrovolníků. Pacienti rádi vzpomínají na nejruznější zážitky, na přátele a známé, na školu, válku apod. Samy pacientky také rády hovoří o ostatních pacientech, událostech právě probíhajících ve světě či o svých zálibách a zájmech.

Nejčastějším druhem smutku, se kterým se u pacientů dobrovolníci setkávají, je ztráta životního partnera. Pacienti se také obávají o svou rodinu a bojí se přechodu do jiných zařízení. Tři dobrovolníci se shodli, že pokud pacienti hovoří o smrti, většinou to není se strachem, ale s tím, že už se na ni těší. Konfrontace s vlastní smrtelností je jedním z psychosociálních rysů u starších u pacientů, viz podkapitola 1.4 .

Dobrovolnický program pořádá i pravidelné a jednorázové akce pro pacienty. Jedna z respondentek přímo organizuje pravidelný společný trénink kognitivních funkcí, který na

LDN v době průzkumného šetření probíhal jeden měsíc. Ostatní dobrovolníci jsou informováni o pravidelných výtvarných dílnách. Dva z dobrovolníků se účastní i jednorázových tematických akcí (zpívání na Vánoce apod.). Od respondentů jsem získala podněty na nové aktivity: společné hraní her a společné poslechy oblíbené hudby.

### 5.3 Motivace dobrovolníků

Dobrovolníci věnují část svého volného času a množství energie ve prospěch ostatních. Tato činnost není finančně ani materiálně ohodnocena. Často je velice náročná a může být i smutná. Co člověka vede k tomu, že se dobrovolníkem stane? A co ho motivuje k tomu, aby se na oddělení stále vracel? Toto jsou dvě zásadní otázky, na které jsem se ptala respondentů hned v úvodu rozhovoru.

V podkapitole 3.2.3 zmiňuji základní rozdělení druhů motivací k dobrovolnické činnosti.

#### 5.3.1 Primární motivace, přínos pro dobrovolníky

První otázka zjišťovala **primární motivaci** k tomu stát se aktivním dobrovolníkem.



11. graf: Primární motivace dobrovolníků

U pěti ze sedmi dobrovolníků (respondenti č. 1, 2, 4, 5, 7) se jako primární motivace ukazuje „touha někomu pomoci“. Respondent č. 2 k tomu dodává, že chtěl něco dělat i pro cizí lidi, nejen pro příbuzné a přátele. Respondentka č. 5 vyzdvihuje aspekt nezištnosti této pomoci. Respondentka č. 7, která je již v důchodu, vysvětluje, že „*když jsem zdravá, můžu ještě pomoci.*“

Za nejvýraznější motiv dobrovolníků k docházení za pacienty lze tedy prohlásit pomoc druhé osobě.

Tři respondenti (č. 4, 6, 7) se shodli v tom, že chtěli tímto způsobem vyplnit svůj volný čas.

U respondentů č. 2 a 3 se jako vysvětlení objevuje i jistý společenský aspekt, jímž je neúcta většiny lidí vůči seniorům. Rádi by svou činností ovlivnili veřejné mínění a postoje ostatních obyvatel. Respondent č. 2 uvádí, že ho „*štvala neúcta lidí k seniorům, třeba i v autobuse a tak. Společnost je bere jako nadbytečné a tak jsem chtěl pro to něco udělat.*“ O důležitosti dobrého mezigeneračního soužití hovoří i respondent č. 3: „*V dnešní společnosti hodně zapomínáme na mezigenerační soužití, něco, co bylo běžné. Jedna generace se starala o tu, co končí. Společnost dnes seniory nechce vidět, je smutné, že je odsouváme.*“

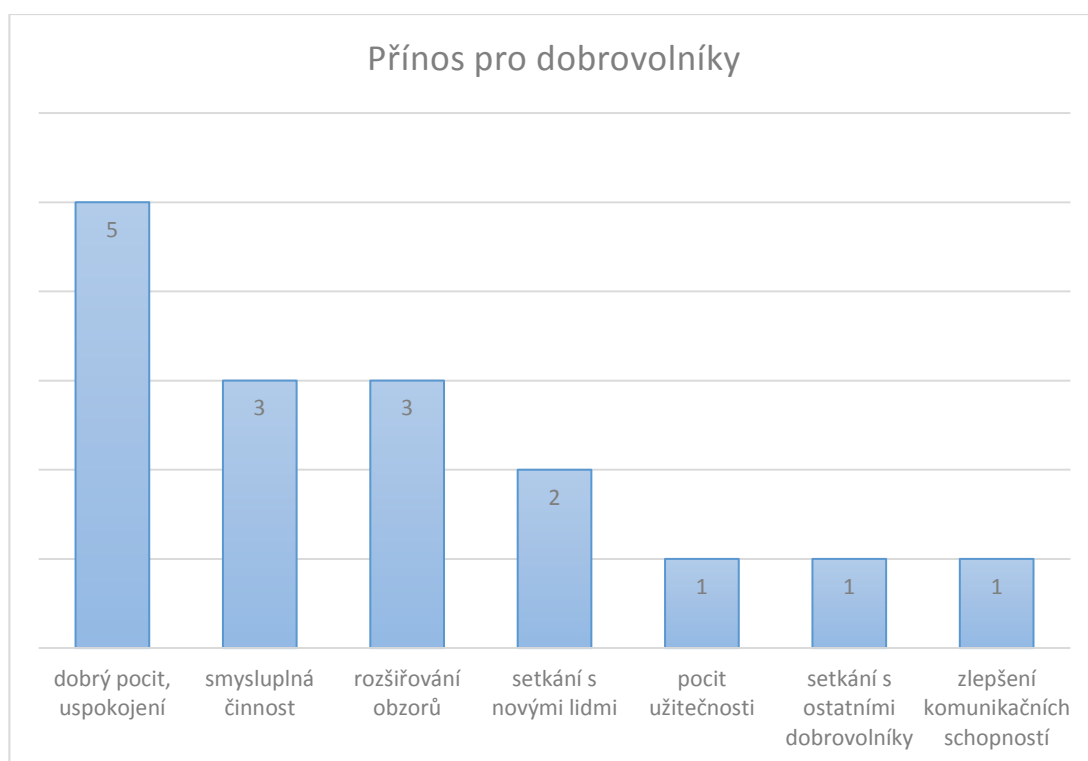
Každý z dobrovolníků má individuální soubor motivací, neboť je zřejmé, že je těchto motivací více. U respondenta č. 2 se setkáváme hned se třemi důležitými podněty: nejen s výše zmíněnými faktory, tedy sociálním apelem a touhou pomoci ostatním, ale také s pocitem viny, pramenícího z jeho vlastní zkušenosti s péčí o svou babičku, která měla Alzheimerovu nemoc. Sám reflektuje, že „*jsem ji nenavštěvoval tak často, jak bych měl. Až když takhle někoho ztratíte, tak poznáte, že Vám chybí. Takže i nějaký pocit viny.*“

Důvod k dobrovolnické činnosti byl u respondentky č. 1 také pragmatický. Vzhledem k tomu, že je studentkou psychologie, chtěla k teoretickým znalostem získat i praktické zkušenosti. Vzhledem k tomu, že již dříve měla zkušenosti se seniory, rozhodla se pro LDN.

Respondentka č. 3 vedle hlavní motivace, již byl společenský aspekt neúcty k seniorům, udává i jistou zvědavost. Dozvěděla se o této možnosti od své kamarádky a po čase ji napadlo, že by to pro ni mohlo být přínosné v tom, aby si mohla vyslechnout životní příběhy konkrétních starých lidí.

Zcela odlišnou motivaci od ostatních dobrovolníků uvedla respondentka č. 6. Tu k dobrovolnictví přivedlo nadcházející stáří a touha být potřebná. „*Takový nutkavý pocit, že se blíží do věku, kdy budu bilancovat nad životem.*“ Vzhledem k tomu, že má už velké děti a má spoustu volného času, rozhodla se oslovit Lékořici a vstoupit do DP.

V otázce č. 2 „Co Vám přináší čas trávený s pacienty?“ jsem zjišťovala, co dobrovolníkům jejich činnost přináší, co je motivuje k docházení za pacienty a je-li jejich zkušenost odlišná od jejich prvotních očekávání.



12. graf: Přínos pro dobrovolníky

Odpovědi na tuto otázku jsou velmi rozmanité. Každý z respondentů uvedl jako přínos pro něj samotného rozdílný faktor. Společný je pro dobrovolníky dobrý a hezký pocit, radost a uspokojení. (respondenti č. 3, 4, 5, 6, 7) Pociť, který také díky dobrovolnické činnosti často zažívají, je smysluplnost. (respondenti č. 1, 2 a 7). Pociť uspokojení z návštěvy respondenti vnímají díky zpětné vazbě od pacientů, třeba i jen z jejich úsměvů (respondent č. 2). Respondentka č. 1 uvedla, že je to povzbuzení, když vidí, že byla pro pacienty její návštěva přínosná, a někdy jí i poděkují za to, že jí mohli říct něco, co neměli komu jinému říct. Respondent č. 7 má radost, když vidí, že pacient díky jeho návštěvě na chvíli přestal myslet na bolest. „Cítí se dobře a díky tomu se cítím dobře i já.“ Hezký pocit pramení i z toho, že se dobrovolníci cítí potřební a užiteční.

Tři dobrovolníci (respondenti č. 1, 2, 6) rovněž také vyjádřili nadšení z rozšiřování svých obzorů. Od seniorů se dozvídají mnoho nových věcí. Díky jejich vyprávění se učí o historii, získávají zajímavé tipy na výlety či nové recepty. Hlavně ale naslouchají neuvěřitelným životním zážitkům. Respondent č. 6 k pacientům cítí velký obdiv z množství příběhů, na které si dokáže vzpomenout.



Dobrovolníci také jako velký přínos vnímají v setkávání se s novými lidmi. Každý pacient je jiný a díky tomu nikdy nejsou dva rozhovory stejné. Je proto potřeba stále zdokonalovat své schopnosti komunikace a učit se vést rozhovor s různými typy lidí. Také se tím cvičí k tomu, aby neměli trému, když mluví před neznámými lidmi. Respondent č. 2 rovněž zmiňuje, jak je rád, že „*díky dobrovolnictví poznal spoustu nových lidí stejného ražení*“. Má tím na mysli ostatní dobrovolníky, kterým, stejně jako jemu, nejsou lhostejní ani neznámí lidé.

### 5.3.2 Shrnutí dílčího tématu – motivace dobrovolníků

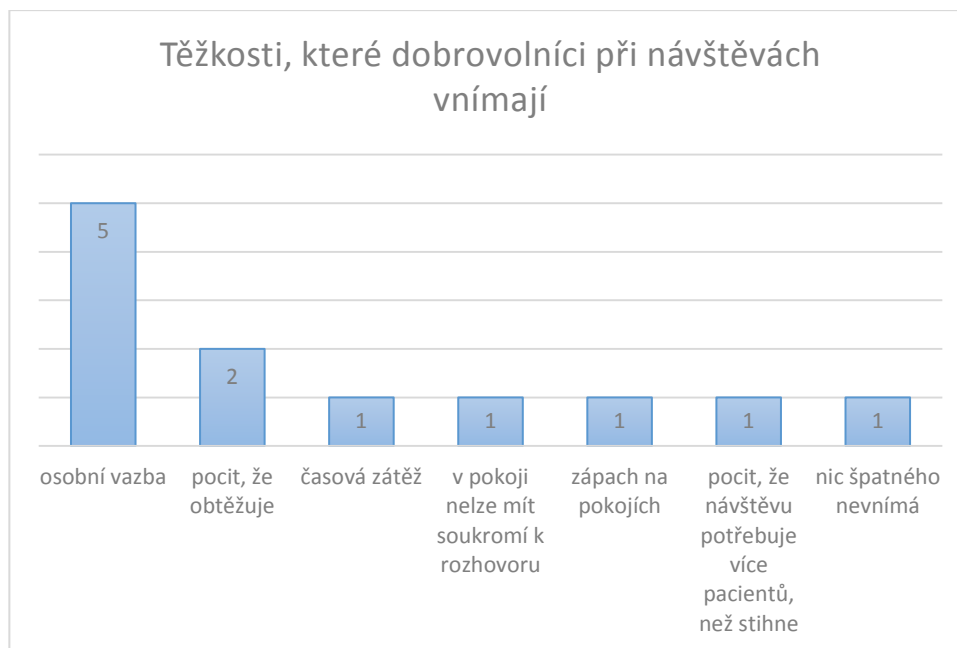
Většinou jsou dobrovolníci ke své činnosti vedeni vnitřními pohnutkami, které jsou značně individuální a které jsou také samozřejmě ovlivněny celou řadou vnějších faktorů. Proto se důvody, proč se rozhodli začít s dobrovolnictvím, výrazně liší. To, co motivuje nejvíce dobrovolníků, je touha **pomoci jiným lidem**. Mezi další motivace patří využití volného času, pocit potřeby a společenské angažovanosti, zvědavost, potřeba nových životních zkušeností i získání znalostí ke studiu. Vyskytují se však motivy ne jednoznačně altruistické. Příkladem je pocit viny z nedostatečné péče o svou babičku a strach z vlastního nadcházejícího stáří.

Nejčastěji zmiňovaným přínosem je pro dobrovolníky dobrý pocit ze smysluplné činnosti. Návštěvy jim přinášejí radost a povzbuzení. Vyprávění pamětníků jim rozšiřuje obzory, dobrovolníci se od pacientů učí mnohým praktickým věcem a zároveň dostávají podněty v oblasti etických témat. Zdokonalují i své schopnosti komunikace s neznámými lidmi. Poznávají mnoho nových lidí, a to jak z řad pacientů, tak dobrovolníků.

## 5.4 Těžkosti, s nimiž se dobrovolníci při návštěvách setkávají

Dobrovolnická činnost není jednoduchá. Stejně jako v jakékoli jiné pomáhající profesi se člověk při kontaktu s lidmi a jejich osudy často musí vyrovnávat s řadou těžkostí.

Zeptala jsem se proto dobrovolníků, co vnímají při své činnosti jako těžké.



13. graf: Těžkosti, které dobrovolníci při návštěvách vnímají

Nejčastější odpověď se týkala rizika **vytvoření osobní vazby k pacientovi** (respondenti č.1, 2, 4, 6, 7). V pravidlech, která se zájemci o dobrovolnictví dozvídají na vstupním školení Lékořice z. s. je uvedeno, že se mají snažit tyto vazby nenavazovat. Díky tomu je dobrovolnictví bezpečnější jak pro ně samotné, tak i pro pacienty, neboť dobrovolník dochází na oddělení a tam jeho činnost začíná, ale také končí. Tím je jasně nastavené, že jakýkoli kontakt mezi pacientem a dobrovolníkem končí, jakmile pacient opustí nemocnici. Pokud si mezi sebou dobrovolník s pacientem vytvoří vztah, může to pro obě strany být obtížné. Dobrovolníci jsou v tomto ohledu postaveni do náročné situace, kdy nejsou vázáni hranicemi vztahu mezi pracovníkem a klientem, které jsou v profesním životě (např. lékařů, sociálních pracovníků a psychologů) jasně definované. Dobrovolnická návštěva je o osobním kontaktu a otevřenosti, přesto se obě strany musí chránit, aby je navázaný vztah nestál mnoho sil (např. kvůli jeho ukončení z důvodu propuštění pacienta do domácího prostředí, případně po jeho úmrtí). Z vlastní zkušenosti vím, že je občas těžké si tento vztah nevytvořit, zvláště na LDN, kde se pacienti příliš nemění, a v důsledku toho se s dobrovolníky lépe poznají. Potom je velmi těžké, když se na pacienty dobrovolnice těší, ale oni už tam nejsou. Dobrovolníci si toto riziko uvědomují a snaží se s ním pracovat, i tak to ale vnímají jako nejtěžší aspekt své činnosti. Je to také jedním z nejčastějších témat supervizí (viz kapitola 3.2).

Dvě respondentky (č. 4 a 7) se někdy obávají, jestli pacientky spíše neobtěžují. Respondentka č. 4 udává, že má tento pocit hlavně ze začátku návštěvy, než pacientky pochopí, kdo je, a že jim nic nechce prodat apod.

Pro respondentku č. 7, která je v důchodovém věku, je těžké vidět to, jak se zdravotní stav pacientek zhoršuje. *„Když tam jdu, tak se na pacientky těším, ale zároveň tam jdu s obavou, že se zhorší.“*

Respondent č. 2 hovoří v této souvislosti o hranicích a pravidlech, které Lékořice nastavila. To zpravidla slouží hlavně k tomu, aby byl program co nejbezpečnější, naopak je někdo může vnímat jako svazující. *„Myslím, že jsou pravidla dobře nastavená. Je to hranice, která nás chrání – byť je občas hranice na obtíž, třeba když nemůžu podat ani jablko. Je to o riziku. Není pro nás důležitá diagnóza, takže nevíme, co tomu člověku je. Ty pravidla jsou nastavena odborníky, každý dobrovolník si to musí srovnat sám a zvážit si riziko“.*

Dobrovolníci se setkávají také s potížemi praktického rázu. Respondentka č. 1 vnímá jako těžké to, že vzhledem k tomu, že jsou na pokojích často až čtyři pacientky, je téměř nemožné vést s jednou z nich soukromý rozhovor. Respondentka č. 6 zmiňuje zápach na pokojích, zároveň si ale uvědomuje, že je občas těžké ho eliminovat. *„Vím, že je to těžké, i třeba s otevřením okna, aby nenastydli apod., a že to třeba už ani oni sami necítí.“*

Dobrovolnictví je jistě i časová zátěž. Tu vnímá respondentka č. 4. Podle jejích slov je to „žrout času“. Ve svém profesním i osobním životě je sama velmi vytížená. Dobrovolnické návštěvy nechce mít jako povinnost, ale jako radost, proto pokud nemá časový prostor, na oddělení nechodí. Také vnímá to, že je na oddělení mnohem víc hospitalizovaných pacientů, kteří by návštěvu dobrovolníka uvítali, než ona sama stihne navštívit.

Respondentka č. 5, která v době výzkumného šetření vedla měsíc společné trénování paměti, nic špatného ani obtížného na dobrovolnictví neshledala.

## **5.5 Spolupráce s ošetřujícím personálem**

Jak bylo zmíněno výše, na péči o pacienty se podílí mnoho profesionálů. Dobrovolníci při svých návštěvách pacientů samozřejmě přicházejí do kontaktu s ošetřujícím personálem. Ačkoli v otázkách, které jsem kladla, nebyl zmíněn, pět dobrovolníků o něm hovořilo, a proto mi přijde vhodné doplnit do tohoto průzkumného šetření i podkapitulu týkající se spolupráce dobrovolníků a ošetřujícího personálu.

Celkově dobrovolníci o personálu hovoří velmi pozitivně. „*Vždycky jsou moc milí, nikdy jsem se nesečkala s nepříjemným personálem. Nemají ale čas a asi ani energii si s nimi popovídat, řeší spíš taková ta organizační a léčebná témata*“. Respondent č. 4 uvedl, že jsou „*strašně fajn a většinou se na něj usmívají*“. Respondent č. 2 značně oceňuje spolupráci se sestrami a vnímá, že dobrovolnické návštěvy pomáhají sestrám ulehčit jejich práci. Respondent č. 1 si zase cení pomoci, kterou personál při návštěvě poskytuje dobrovolníkům. „*Většinou jsou vstřícný, dá se jich zeptat. Jednou mi třeba pán poradil, kde má paní naslouchátko, takže mě už druhou půlku rozhovoru slyšela*“.

Spolupráce s personálem je pro dobrovolnický program stěžejní. Ve Věstníku MZ z roku 2009 je uvedeno, že pro efektivní spolupráci s personálem je nezbytné, aby byly sestry ochotny aktivně se angažovat při výběru vhodného pacienta pro dobrovolníky, a to s ohledem na jeho aktuální zdravotní a sociální stav. Stejně tak by měly dobrovolníkovi poskytovat potřebné informace o dietních a pohybových omezeních pacienta sloužící k bezpečnému výkonu dobrovolnické činnosti. Z otázky č. 4 „**Podle čeho vybíráte pacienty, které navštěvujete?**“ jasně vyplývá, že personál ve FNKV při výběru vhodných pacientů významně pomáhá. Všichni dobrovolníci totiž jako první kritérium výběru uvedli právě doporučení od ošetřujícího personálu. Respondent č. 3 přímo uvádí, že ho sestry posílají za pacienty, za kterými nechodí moc blízkých a kteří návštěvy nejvíce potřebují. Respondent č. 1 ale upozornil na to, že ho často posílají na stejný pokoj, proto si oddělení prochází sám a vybírá si pacienty podle svého uvážení. V důsledku toho se občas setká s pacienty, kteří na jeho podněty nereagují. Přesto s nimi vždy alespoň chvíli pobude a až poté jde za ostatními pacienty.

## 5.6 Shrnutí výsledků průzkumného šetření

Průzkumné šetření bylo primárně zaměřeno na psychosociální potřeby pacientů v LDN z pohledu pravidelných dobrovolníků. Pracuji jako koordinátorka dobrovolníků a díky tomu jsem měla možnost získat údaje jednak přímo od dobrovolníků, ale rovněž z interní evaluace Dobrovolnického programu z pohledu pacientů.

Toto průzkumné šetření ukazuje, že dobrovolníci hrají na nemocničních odděleních jedinečnou roli, neboť mají dostatek času naslouchat pacientům. Při své činnosti se primárně soustřeďují na psychickou pohodu pacienta, nikoli na jeho fyzickou stránku.

Dobrovolníci, jak již bylo zmíněno výše, docházejí za pacienty 1x týdně na dvě hodiny. Z výsledku výzkumu je zřejmé, že nejčastěji plní roli společníka u lůžka pacienta, kdy si s pacienty povídají a naslouchají jejich životním příběhům. Z rozhovorů často vyplývají i potřeby pacientů, z nichž některé mohou být naplněny. Dobrovolníci tak mohou být značným přínosem i pro personál a sociální pracovníky, protože díky povídání si s pacienty mohou lépe mapovat jejich potřeby. Jsou samozřejmě vázáni mlčenlivostí, při zjištění akutních potřeb se však mohou obrátit na koordinátorku dobrovolníků, která informaci vyhodnotí a případně ji poskytne zdravotnickému personálu.

Dobrovolníci se shodují v názoru, že pacienti nejvíce potřebují lidský kontakt. Touží po možnosti popovídat si s někým mimo nemocniční prostředí. Často pacienti nemají nikoho, kdo by přišel jen za nimi a měl na ně čas, což by přispělo k pocitu sociální podpory.

Sami pacienti rovněž vyjádřili potřebu sociálního kontaktu se světem „venku“ a odvedení myšlenek od nemoci.

Z náplně dobrovolnické činnosti je zřejmé, že dobrovolníci pomáhají saturovat potřeby pacientů hlavně v sociální oblasti. Z výzkumného šetření vyplývá, že díky své přítomnosti snižují pocit osamělosti, který se u některých pacientů může objevovat. Přinášejí pacientům nové podněty k přemýšlení a informují je o aktuálním dění ve společnosti. Poslouchají také vyprávění o věcech, které pacientům dělají radost, většinou o jejich rodinách, zálibách a zájmech nebo i o oblíbených místech na výlety po České republice. Zapomínají tak na chvíli na svou nemoc a s ní spojenou těžkou situaci. V průběhu rozhovorů se někdy společně dostávají k tématům, která pacienty trápí a od kterých si potřebují ulevit. Nejčastěji je to smutek ze ztráty životního partnera a obava o svou rodinu. Zajímavým postřehem dobrovolníků je, že téma smrti se v rozhovorech nevyskytuje příliš často. Pokud

o ní pacienti hovoří, je to spíše s pocitem, že je to přirozená součást života. Dle jejich slov se jí nebojí, dokonce už se na ni spíše „těší“.

Kromě rozhovorů nabízejí dobrovolníci pacientům celou řadu aktivit. Pořádají pravidelné výtvarné dílny a trénink kognitivních funkcí, kromě toho je navštěvují při tematickém zpívání k významným svátkům v roce. Pacienti velice oceňují i návštěvy dětí z mateřské školky, které jsou pro ně vždy velkým zážitkem plným radosti a novým tématem k hovoru.

Aktivita, která na odděleních neprobíhá a kterou by podle dobrovolníků pacienti ocenili, je společné poslouchání oblíbené hudby.

Hlavní motivací k dobrovolnictví je u souboru respondentů této práce touha pomoci jiným lidem. Kromě toho chtějí smysluplně využít svůj volný čas, získat nové zkušenosti, zlepšit své komunikační dovednosti a cítit se potřební a užiteční. Ojediněle se jako motivační faktor objevuje potřeba zbavit se pocitu viny z nedostatečné péče o své blízké v minulosti. V neposlední řadě chtějí dobrovolníci přispět k tomu, aby lidé ve společnosti vnímali seniory s úctou a respektem. Dobrovolnictví jim dobrý pocit ze smysluplné činnosti přináší, stejně tak v nich vyvolává pocity radosti a povzbuzení. Vyprávění pamětníků jim rozšiřuje obzory, získávají i nové vědomosti a při každém rozhovoru trénují dovednosti komunikace a aktivního naslouchání. Díky dobrovolnictví také poznávají celou řadu lidí, a to jak z řad pacientů, tak i dobrovolníků a personálu.

Jako nejtěžší aspekt dobrovolnictví vnímají respondenti vytváření osobní vazby s pacientem. Jedním ze základních principů dobrovolnictví je, že se mají dobrovolníci soustředit na současný okamžik, tedy pouze na tu hodinu, kterou pro sebe při návštěvě s pacientem mají (viz 3.2.2 ). To je jedna ze strategií, která s sebou nese i snahu o nevytváření osobního vztahu s pacientem, a to z toho důvodu, aby emocionálně chránili jak sebe, tak i pacienty. Ukončením pacientova pobytu v nemocnici totiž veškerý kontakt mezi nimi podle dobrovolnických pravidel končí, což při vytvoření vztahu může být pro obě strany velmi těžké.

V průzkumném šetření se ukazuje, že spolupráce ošetřujícího personálu a dobrovolníků je na oddělení LDN bezproblémová. Sestry velmi vstřícně dobrovolníkům pomáhají a vybírají pro ně pacienty, kteří podle jejich názoru návštěvu dobrovolníka nejvíce uvítají.

## Závěr

Diplomová práce se zabývá problematikou psychosociálních potřeb pacientů, kteří jsou hospitalizováni v léčebně dlouhodobě nemocných. Popisu těchto potřeb je věnovaná druhá kapitola této práce. První kapitola přináší charakteristiku pacientů, kteří bývají hospitalizováni v léčebně dlouhodobě nemocných, včetně psychosociálních rizik, která jim hrozí. Třetí kapitola pojednává o subjektech, jež hrají v naplňování výše zmíněných potřeb pacientů důležitou roli. Jedním z těchto subjektů jsou dobrovolníci. Hlavním cílem průzkumného šetření bylo zmapovat jejich pohled na potřeby pacientů a na jejich naplňování.

Z průzkumného šetření vyplývá, že dobrovolníci zmírňují celou řadu psychosociálních rizik, která pacientům v LDN hrozí. Poskytují pacientům to, co ze všech potřeb dobrovolníci vnímají jako nejméně saturované, tedy sociální kontakt s někým mimo nemocniční prostředí. Svou návštěvou pacienty motivují a u některých z nich pomáhají odstranit pocity osamocení a osobní bezvýznamnosti. Tím, že dobrovolníci naslouchají příběhům a z nich plynoucím poučením, dodávají rovněž pacientům pocit užitečnosti, který jako pasivní příjemci péče pociťují málokdy. Vzpomínání také může pacientům pomoci bilancovat nad svým životem a smířit se s ním. Dobrovolníci navíc pacientům dodávají nové podněty ke komunikaci, informují je o aktuálním dění, a tím pomáhají předcházet riziku vzniku sociální izolace. Kromě toho pacienty povzbuzují a trpělivě naslouchají všemu, co je trápí. Pacienti se dobrovolníkům mohou svěřit se svými obavami, pocitem nejistoty i smutkem. Velice zajímavý je ale také postřeh dvou dobrovolnic, které uvedly, že se nesetkávají s tím, že by se pacienti těžko vyrovnávali s blížící se smrtí. Naopak se stává, že se na ni spíše těší.

Dobrovolníci pomáhají i s aktivizací pacientů, a to prostřednictvím luštění křížovek či čtení, případně přímo vedením zájmových kroužků zaměřených na trénink kognitivních funkcí, jemné a hrubé motoriky i estetického cítění. Není výjimkou, že pacientům také přinášejí knihy. Jejich aktivity tedy souvisejí i s naplňováním kulturních potřeb pacientů. Dobrovolníci v rámci rozhovorů zmínili nápad na novou aktivitu, kterou by pacienti mohli ocenit. Tou je společné poslouchání hudby, které se pokusím zrealizovat.

Dílčím cílem bylo zmapovat těžkosti, s nimiž se dobrovolníci nejvíce setkávají. Většina uvedla, že jim dělá problém nenavazovat s pacienty osobní vztah. Vnímám proto nutnost klást během vstupního školení nových dobrovolníků více důrazu na práci s osobními

hranicemi. Stávajícím dobrovolníkům by vedle účasti na pravidelných supervizích mohlo pomoci absolvovat kurz zaměřený na toto téma.

Dalším dílčím cílem bylo zjistit motivaci dobrovolníků. Jako nejčastější se ukázala nezištná pomoc druhým lidem, ze které mají dobrovolníci dobrý pocit smysluplně stráveného času.

Dle mého názoru mohu výsledky diplomové práce prezentovat na přednáškách a konferencích v rámci představování Dobrovolnického programu FNKV. Tím, jak doufám, bych mohla přispět ke zvýšení povědomosti o přínosu dobrovolníků ve zdravotnickém zařízení v rámci odborné i laické veřejnosti.

Dobrovolníci mohou být pro sociální pracovníky ve zdravotnickém zařízení velkou pomocí. Možnosti spolupráce vidím například u pacientů se zvýšenou komunikační potřebou, na jejíž uspokojení sociální pracovník nemá vzhledem ke své pracovní agendě vždy dostatek času. V takovém případě by mohl pracovník kontaktovat koordinátorku, která by pro pacienty zajistila dobrovolníky. Ti by za pacienty přišli právě proto, aby si mohli popovídat, či se měli komu svěřit s obavami. Sociální pracovník by poté s nimi mohl řešit praktické věci.

V současnosti v LDN ve FNKV neexistuje přímá spolupráce dobrovolníků a sociálních pracovníků, což je podle mého mínění podstatný nedostatek jinak dobře fungujícího systému. Jakožto koordinátorka dobrovolníků a zároveň studentka sociální práce mám velkou motivaci tuto situaci změnit a hledat možnosti navázání spolupráce. Jsem toho názoru, že průzkumné šetření v rámci této diplomové práce poukazuje na to, že dobrovolníci mají v multidisciplinárním týmu, který pečuje o pacienty, své místo. Cíl všech je totiž společný – co nejvyšší zajištění psychosociálních potřeb hospitalizovaných pacientů.



## Seznam použité literatury

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 8024711974.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

BUŽGOVÁ, Radka. *DOTAZNÍKY PRO HODNOCENÍ POTŘEB PACIENTŮ A RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ V PALIATIVNÍ PÉČI: Manuál pro uživatele české verze dotazníku pro hodnocení potřeb pacientů (PNAP) a rodinných příslušníků (FIN)*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2014. ISBN 978-80-7464-678-2.

Bužgová, Radka et al., *Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči*. Onkologie, 2013a; 7(6), str. 310-314

BUŽGOVÁ, Radka. PILOTNÍ TESTOVÁNÍ DOTAZNÍKU PNAP „HODNOCENÍ POTŘEB PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI“ NA ONKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2013b, 4(3). ISSN 1804-2740.

CLARY, E. Gil, a kol. *Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach*. Journal of Personality and Social Psychology [online]. 1998, vol. 74, issue 6, s. 1516-1530. DOI: 10.1037/0022-3514.74.6.1516. Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1998-02892-008>

COVEY, Stephen R., A. Roger. MERRILL a Rebecca R. MERRILL. *First things first: to live, to love, to learn, to leave a legacy*. New York: Simon & Schuster, 1994. ISBN 0-671-86441-6.

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

ČERVENKOVÁ, Anna, Daniela BRUTHANSOVÁ a Marie PECHANOVÁ. *Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-35-2.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-0139-7.

FRIČ, POSPÍŠILOVÁ a kol. *Vzorce a hodnoty dobrovolnictví v české společnosti na začátku 21. století*, 1.vyd. Praha: Agnes, 2010. ISBN 978-80-903696-8-9.

FRIČ, Pavol. *Dárcovství a dobrovolnictví v České republice*. Praha: Agnes a NROS, 2001. ISBN 80-902633-7-2.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

HANDY, F.; SRINIVASAN, N. *Valuing Volunteers: An Economic Evaluation of the Net Benefits of Hospital Volunteers*. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly [online]. 2004-03-01, vol. 33, issue 1, s. 28-54 [cit. 2017-02-1]. DOI:10.1177/0899764003260961.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

HOLMEROVÁ, Iva a kol. Geriatrický pacient, geriatrická farmakoterapie a kvalita života. *Prakt.lékáren*,. 2013, 9(3), 114-116.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.)

CHLOUBOVÁ, Helena. Změny potřeb ve stáří [online]. [cit. 2017-03-08]. Dostupné z: [http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr\\_0502/pdf/22-24.pdf](http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf)

CHLOUBOVÁ, Helena. Uspokojování potřeb ve stáří v současném pojetí ošetrovatelské péče. *Sestra*, 5/2, s. 18-20

- KAUFMANOVÁ, P. Pohled seniorů na pečovatelskou službu. *Sociální práce/sociální práce*. Brno: ASVSP, 2004, 2, s. 95 - 105
- KAŇOVSKÁ, Magdalena. *Sociální služby pro seniory poskytované v zařízeních následné zdravotní péče*. Brno, 2008. Diplomová práce. Masarykova univerzita
- KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006, 147 s. ISBN 978-80-262-0528-9.
- KOŘÍNKOVÁ, Ivana a kol. *Teoretická východiska k metodice evaluace dobrovolnických programů ve zdravotnických zařízeních* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2010. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/metodika-evaluace-dobrovolnickych-programu-ve-zdravotnickych-zarizenich\\_5552\\_1840\\_15.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/metodika-evaluace-dobrovolnickych-programu-ve-zdravotnickych-zarizenich_5552_1840_15.html)
- KOZLÍKOVÁ, Abigail. *Sociální práce*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 141 s. ISBN 978-80-247-3604-4.
- KUBALČÍKOVÁ, Kateřina a kol. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-7865-9.
- KUBÍČKOVÁ, Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Vyd. 1. Praha: ISV, 2001, 267 s. ISBN 80-85866-82-X.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

MARKOVÁ M (2010). *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 128 p. ISBN 978-80-247-3171-1.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

MORONGOVÁ, Karla. *Psychosociální potřeby seniorů z pohledu všeobecných sester*. Brno, 2014. Diplomová práce. Masarykova univerzita.

NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, c2001. ISBN 80-903070-0-0

NÉMETH, František et al. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2009. 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1.

NOVÁK, T.: *Hodnota dobrovolné práce*. Praha, 2008. Doktorská disertační práce, Vysoká škola ekonomická v Praze

ONDRUŠOVÁ, Jiřina. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue*. 2009, 7(1), 36-39.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Přeložil

PETROVICOVÁ, Eva. *Respekt autonomie a intimita pacienta jako základní komponenty uchování lidské důstojnosti*. České Budějovice, 2015. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

ŠELNER, I. *Úloha rodiny v péči o seniory*. In Sociální práce. 2. vyd. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2004. 171 s. ISSN 1213-624.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80- 7262-635-6

TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. *Geriatric pro praktického lékaře* Praha: Grada, 1995. 299 s. ISBN 80-7169-099-6.

TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. Funkční geriatrické vyšetření: komplexní pohled na starého člověka. *Sanquis* [online]. 2002(20), 19 [cit. 2017-03-11]. Dostupné z: <http://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art754>

TOŠNER, Jiří; SOZANSKÁ, Olga. *Dobrovolníci a metodická práce s nimi v organizacích*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-514-8

TOŠNER, Jiří. *Dokumentace dobrovolnických center a programů: Studijní materiály pro kurzy koordinátorů dobrovolníků*. Praha: Hestia, 2016

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 9788024613185.

VALTOVÁ, Edit. *Role sociálního pracovníka v nemocnicích*. Praha, 2012. Diplomová práce. Univerzita Karlova.

VLADIMÍR VURM A KOLEKTIV. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007. ISBN 8072549979.

ZWEIGENHAFT, R. L.; ARMSTRONG, J.; QUINTIS, F.; RIDDICK, A. *The Motivations and Effectiveness of Hospital Volunteers*. The Journal of Social Psychology [online]. 1996, vol. 136, issue 1, s. 25-34 [cit. 2017-02-26]. DOI: 10.1080/00224545.1996.9923026. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8851446>

ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Výbrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

## **Jiné zdroje:**

Úmluva o lidských právech a biomedicině. č. 96/2001. In: Sbírka mezinárodních smluv. 2001. Dostupné také z: <https://zdravotnickepravo.info/pravni-predpisy/>

Vyhláška č. 55 ze dne 14. 3. 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbírka zákonů ČR. 2011, částka 20. Dostupná také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Zákon č. 198 ze dne 24. dubna 2002 o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů (zákon o dobrovolnické službě) In: Sbírka zákonů České republiky. 2002, částka 82. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-198>

Zákon č. 96 ze dne 3. 3. 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) In: Sbírka zákonů České republiky. 2004, částka 32. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

Zákon č. 108 ze dne 31. 3. 2006 o sociálních službách. In: Sbírka zákonů České republiky. 2006, částka 37. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon č. 372 ze dne 8. 12. 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 131. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zdravotnické právo a bioetika. Právní předpisy, mezinárodní smlouvy. Úmluva o lidských právech a biomedicině

## Seznam příloh

Příloha č. 1: Přínos dobrovolnického programu z pohledu pacientek LDN

Příloha č. 2: Průzkumné šetření – názor dobrovolníků na potřeby pacientů na LDN

Příloha č. 1:

PŘÍNOS DOBROVOLNICKÉHO PROGRAMU Z POHLEDU PACIENTEK LDN

Datum rozhovoru:

Délka rozhovoru v min:

Pořadové číslo rozhovoru:

Ročník narození pacientky/pacienta:

Délka hospitalizace:

- 1) Co si o dobrovolnictví jako takovém myslíte?
- 2) Vzpomenete si na návštěvu dobrovolníka/dobrovolnice?
- 3) Vzpomenete si na její průběh? (Jak probíhala, kdy se odehrála)
- 4) Jak byste čas strávený s dobrovolníkem/dobrovolnicí popsal/a?
- 5) Přináší Vám čas trávený s dobrovolníkem/dobrovolnictvím něco?
- 6) Máte prostor s dobrovolníkem/dobrovolnicí mluvit o tom, o čem potřebujete?
- 7) Je Vám rozhovor s dobrovolníkem, dobrovolnicí příjemný?
- 8) Napadá Vás něco, co Vám naopak během rozhovoru s dobrovolníkem/dobrovolnicí příjemné nebylo?
- 9) Vyhovuje Vám délka návštěvy dobrovolníka/dobrovolnice? Anebo by měla být delší nebo naopak kratší?
- 10) Máte možnost setkávat se s dobrovolníkem, dobrovolnicí tak často, jak potřebujete?
- 11) Odpovídá obsah návštěvy tomu, co si přejete anebo by návštěva měla probíhat jinak?
- 12) Víte, že na oddělení probíhají pravidelné aktivity?
- 13) Účastníte se jich?
- 14) Napadá Vás, jaké další aktivity by mohly na oddělení probíhat?
- 15) Už se blížíme k závěru, poprosím Vás, co Vás tak napadá, když se zamyslíte nad tím, proč to asi dobrovolníci dělají?
- 16) Je něco, co byste ještě chtěl/a doplnit, dodat?

Odpovědná osoba: Martina Krynská, zastupující osoba: Bc. Barbora Housková



Příloha č. 2:

**Průzkumné šetření – názor dobrovolníků na potřeby pacientů na LDN**

Polostrukturovaný rozhovor

Datum rozhovoru:                      Délka rozhovoru v min:                      Pořadové číslo  
rozhovoru:

Pohlaví:

Věk:

Povolání:

Délka dobrovolnické činnosti:

1. Co vás vedlo k tomu, že jste se stal/a dobrovolníkem/icí?
2. Co Vám přináší čas trávený s pacienty?
3. Jak byste popsal/a svou činnost na LDN?
4. Podle čeho vybíráte pacienty, které navštěvujete?
5. Co pacienti podle Vašeho názoru nejvíce potřebují?
6. Jak na Vaši návštěvu nejčastěji reagují?
7. Jaká témata se při rozhovorech nejčastěji objevují?
8. Svěřují se Vám pacienti se svými obavami a smutky?
9. Co vnímáte při dobrovolnické činnosti jako těžké?
10. Víte o dalších aktivitách, které dobrovolníci dělají na LDN? Účastníte se jich?
11. Napadají Vás nějaké další aktivity, které by dobrovolníci mohli dělat?
12. Je něco, co byste ještě chtěl/a doplnit, dodat?